



Gipuzkoako Foru Aldundia

Gizarte Politikako Departamentua
Departamento de Política Social

**Experiencia piloto: Estudio de la situación de las
personas en situación de dependencia y de sus
cuidadores en los municipios de Irun y Arrasate**

-INFORME-

Proyecto impulsado y financiado por la Diputación Foral de Gipuzkoa con la colaboración de los Ayuntamientos de Irun y Arrasate, y el asesoramiento técnico de Matia Instituto Gerontológico.

Marzo de 2015

Índice

1. Introducción	4
2. Datos básicos del municipio	7
3. Identificación de la muestra	20
4. Desarrollo de la experiencia	24
5. Datos básicos del proceso	31
6. Principales resultados.....	42
7. Conclusiones Iniciales	78
8. Conclusiones finales	88

1. Introducción

1.1. Origen y finalidad del Proyecto

En el año 2014, el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa pone en marcha el presente estudio piloto, con la intención de realizar un diagnóstico de la situación de las personas perceptoras de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), reconocida en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. El fin de este diagnóstico, es conocer la realidad de las personas perceptoras de la PECEF y sus familias, para poder diseñar y testar un modelo de seguimiento de estas situaciones que permita ser implantado de un modo práctico, sostenible e integrable en el conjunto de los servicios sociales municipales del Territorio Histórico de Gipuzkoa.

El presente proyecto surge de las conclusiones obtenidas en el estudio aplicado Siadeco, "Las prestaciones económicas de dependencia en Gipuzkoa: concurrencia, impacto y supervisión", publicado en el número 54 de la revista Zerbitzuan (año 2013). En esta investigación, realizada para el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, se detecta la necesidad de realizar un seguimiento de la situación de las personas perceptoras de la PECEF por el gran impacto, sobre todo a nivel cuantitativo, que está teniendo la prestación, la cual entra en contradicción con el carácter de excepcionalidad que se le atribuye a la prestación en la citada ley. Además, este seguimiento se hace necesario por el desconocimiento sobre las garantías que la prestación ofrece en el grado de adecuación de los cuidados que las personas dependientes reciben por parte de sus familiares cuidadores, debido a la falta de provisión de servicios profesionales.

En este sentido, la ley determina que la PECEF es una prestación destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención a la persona dependiente. Es perceptora la persona en situación de dependencia por su condición, para que en caso de reunir las condiciones básicas para ello, pueda permanecer en su medio habitual siendo atendido por un cuidador no profesional de la familia y siempre que se den las condiciones adecuadas en la atención, en la convivencia y en la habitabilidad del domicilio.

El estudio de Siadeco ha constatado en este sentido, que la regulación actual ha permitido que pueda solicitarse la PECEF independientemente del tipo de prestación que desde el punto de vista técnico-profesional se considera más adecuada. Asimismo, ha dejado entrever la carencia de mecanismos de seguimiento sistemático de estas situaciones y la existencia de un desarrollo descompensado entre las prestaciones económicas y los servicios sociales, y añade que es necesaria una intervención para posibilitar que ambas líneas de trabajo social (servicios y prestaciones) tengan un mayor grado de complementariedad.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, el presente estudio se realiza por el interés de establecer un procedimiento y unas medidas concretas para realizar un seguimiento de la situación de las personas dependientes que perciben la PECEF en Gipuzkoa, y conocer si éstas están siendo atendidas por sus cuidadores no profesionales de una manera adecuada. Para ello, La Diputación Foral de Gipuzkoa ha aprobado la puesta en marcha de una experiencia piloto en la que se realiza un diagnóstico de la situación de las personas dependientes en dos municipios del Territorio Histórico de Gipuzkoa; Irun y Arrasate.

1.2. Temporalización y rol de los participantes

Previo al comienzo del estudio, se estableció una temporalización de 10 meses para su consecución y se concretaron unas fases de desarrollo del mismo. Asimismo, se fijó el rol de cada uno de los participantes en cuanto a su participación y aportación al proyecto:

- Diputación Foral de Gipuzkoa: liderazgo y financiación del proyecto, gestiones previas relativas a la información y adhesión de municipios. Aportación de datos de los servicios y prestaciones de la Ley de la Dependencia y supervisión de la calidad del proyecto.
- Matia Instituto: poner a disposición del proyecto los medios materiales y profesionales necesarios. Diseño del proyecto definitivo, concreción de la muestra, elaboración de documentos y soportes, acompañamiento al profesional municipal a través de un coordinador y coordinación con la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Ayuntamientos participantes: compromiso y apoyo al estudio por parte de la concejalía del área de Arrasate e Irun, disposición de una trabajador/a social, aportación de

documentación necesaria, establecimiento de relación funcional con Matía Instituto, disponibilidad, liberación y priorización de agenda a los condicionantes del proyecto y realización del trabajo de campo.

En la tabla 1 se exponen de manera general las fases y tareas contempladas para el óptimo desarrollo del proyecto, así como los plazos previstos en cada uno de los escenarios.

Tabla 1. Temporalización del proyecto

FASES	CONTENIDOS	PLAZO	ENTREGABLE	
0	Organización de Proyecto	- Planificar en detalle la actividad a desarrollar. - Establecimiento de la red de participantes y estructura organizativa para el desarrollo del proyecto. - Primer Seminario conjunto.	1ª y 2ª semana Mes 1	Planning proyecto compromisos
1	Punto de partida: Análisis de situación inicial	- Análisis documental y bases de datos. Identificación de población diana y muestra. - Información y citación a casos muestra.	3ª y 4ª semana Mes 1	Listados muestra Consentimiento
2	Elaboración documental Formación	- Cuestionario soporte. Variables Persona Dependiente y Cuidador - Seminario para trabajo de campo. - Contraste de Diputación	Mes 2	Cuestionario Soportes
3	Trabajo de campo: Domicilios	- Visitas a Domicilio - Seguimiento - Tratamiento información - Seminarios intermedios - Contraste con Diputación	Mes 3 a 8	Informe Parcial
4	Conclusiones finales y Propuesta definitiva	- Conclusiones Estudio - Conclusiones procedimiento herramientas - Propuesta definitiva - Difusión	Mes 9 y 10	Informe Final

2. Datos básicos del municipio

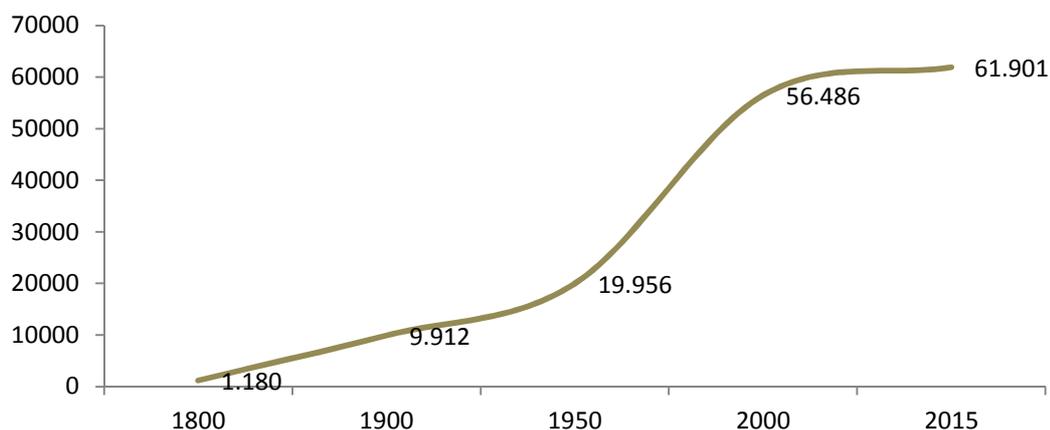
En este apartado se describen los datos sociodemográficos de Irun y Arrasate, así como la información relativa a prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y a los recursos propios de ambos ayuntamientos.

2.1. Datos básicos de Irun

2.1.1. Datos Sociodemográficos

El municipio de Irun se sitúa en la comarca del Bajo Bidasoa, dentro de la provincia de Gipuzkoa. La población de Irun, a Febrero de 2015 asciende a 61.901 habitantes, de las que el 49,0% son hombres (30.305) y el 51,0% mujeres (31.580), siendo la segunda ciudad más poblada de Gipuzkoa.

Tabla 2. Evolución demográfica de Irun (número de habitantes)



Fuente: Udalmap

En la tabla anterior se observa el importante crecimiento que se ha dado en el municipio, sobre todo en las últimas décadas. Entre 1950 y 2000 la población ascendió en 36.530 habitantes.

En los últimos 15 años, desde el año 2000 hasta la actualidad, el crecimiento sigue siendo constante, habiendo 5.415 habitantes más.

Tabla 3. Distribución demográfica por edades y sexo (en frecuencias y porcentajes)

EDAD	HOMBRES	% HOM.	MUJERES	% MUJER.	TOTAL	% TOTAL POBLACIÓN
0-17 AÑOS	6.123	51,8	5.698	48,2	11.821	19,1
18-64 AÑOS	18.930	50,5	18.588	49,5	37.518	60,6
65-89 AÑOS	5.109	43,1	6.740	56,9	11.849	19,1
90 AÑOS O MÁS	159	22,3	554	77,7	713	1,1

Fuente: Udalmap

En la tabla 3 se observa la distribución de la población según edad y sexo de los habitantes del municipio. En cuanto al sexo, señalar que hay más hombres que mujeres con edad inferior a 65 años, y al contrario, hay más mujeres que hombres a partir de esta edad.

Asimismo, existe una cantidad muy similar de población con edad comprendida entre 0-17 años y 65-89 años, lo cual deja al descubierto el envejecimiento de la población.

Tabla 4. Índice de envejecimiento y sobre-envejecimiento (en porcentajes)

DEMOGRAFÍA	Año	Municipio	Comarca	Gipuzkoa	CAPV
Variación interanual de la población	2014	0,13	0,23	0,18	-0,12
Variación de la población en la última década	2014	3,89	4,64	4,17	3,48
Índice de infancia: población de 0 a 14 años	2014	14,70	14,88	14,67	13,92
Índice de envejecimiento. Población de 65 y más años	2014	19,79	19,76	20,63	20,74
Índice de sobre-envejecimiento. Población de 75 y más años	2014	9,88	9,56	10,42	10,68

Fuente: Udalmap

Tal y como se observa en la tabla, el municipio tiene un índice de envejecimiento de la población (porcentaje de población de 65 y más años) y un índice de sobre-envejecimiento (población de 75 y más años) inferior a la media de Gipuzkoa y a la media de la CAPV.

2.1.2. Personas en situación de dependencia

En el municipio de Irun hay a fecha de febrero de 2015, 1.895 personas que tienen reconocida la situación de dependencia, es decir, el 3,1% de la población total. En la siguiente tabla se recogen los grados y niveles de dependencia según rangos de edad.

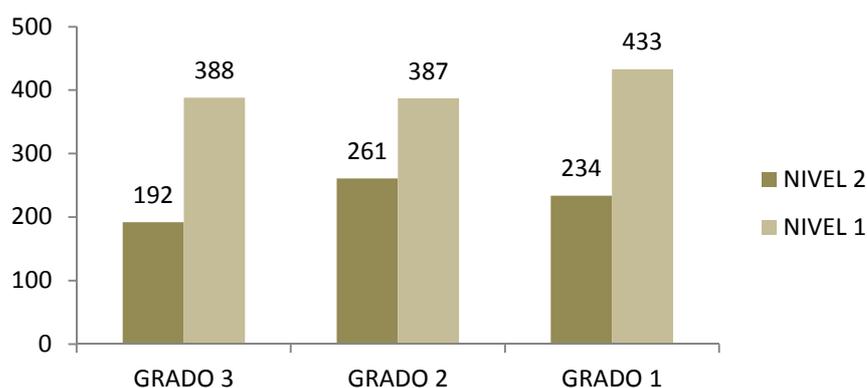
Tabla 5. Grado y nivel de dependencia según edades (en frecuencias)

RANGO EDAD	GRADO 3		GRADO 2		GRADO 1		TOTAL
	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	
0-17 AÑOS	13	6	21	12	11	4	67
18-59 AÑOS	27	37	44	67	39	74	288
60-89 AÑOS	104	219	129	206	133	284	1.075
90 AÑOS O MÁS	48	126	67	102	51	71	465
TOTAL	192	388	261	387	234	433	1.895

Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Elaboración propia.

Las personas del municipio en situación de dependencia, se distribuyen de la siguiente manera según su grado de dependencia; 580 personas (30,6%) en Grado III, 648 personas (34,2%) en Grado II y 667 personas (35,2%) de Grado I.

Ilustración 1. Dependencia según grado y nivel (en frecuencias)



Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Elaboración propia.

2.1.3. Recursos Municipales de Irun

El equipo humano del Departamento de los Servicios Sociales del Municipio de Irun está configurado por:

- 1 Dirección de los Servicios Sociales Municipales
- 3 Jefaturas de servicio
- 1 Directora de la Residencia Municipal
- 11 Trabajadoras Sociales.
- 2 Psicólogas
- 2 Diplomadas Universitarias en Enfermería
- 2 Técnicas de cooperación y personas mayores
- 7 Administrativos
- 9 Auxiliares de residencia
- 2 Celadores
- 1 Conserje
- 1 Operario de mantenimiento
- Otros apoyos coyunturales

Además del equipo humano, el municipio cuenta con recursos comunitarios como las plazas públicas en Centro de Día y en Centros Residenciales para personas mayores. En la siguiente tabla se muestra la cobertura de plazas públicas por cada 100 personas mayores.

Tabla 6. Recursos comunitarios en Irun (por cada 100 personas mayores)

RECURSOS COMUNITARIOS	Año	Irun	Bidasoa	Gipuzkoa	Euskadi
Plazas públicas en Centros de Día para personas mayores	2015 (excepto Euskadi 2012)	0,7	0,7	1,0	0,8
Plazas públicas en Centros Residenciales para personas mayores	2015 (excepto Euskadi 2012)	2,3	2,8	3,1	2,6

Fuente: Udalmap

Como se puede observar, en el año 2015 la cobertura de plazas públicas en el municipio era algo inferior a la media de Gipuzkoa.

2.1.4. Servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Los habitantes de Irun en situación de dependencia, tienen acceso además de a los recursos propios del ayuntamiento, a las prestaciones y servicios contemplados en la Ley de Dependencia. Así, en la siguiente tabla puede apreciarse el número de personas del municipio con dependencia que están atendidas por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a fecha de primer trimestre de 2015.

Tabla 7. Personas atendidas por el SAAD (clientes vivos por BVD) en Irun con BVD por grado y nivel (en frecuencias)

BVD	Total vivos	RPM	RPD	CDM	CDD	COC	ASM	CDSM	AINS	URS	SAD	INRE	PECEF	PEAP	PEVS	ATEC	Total	No atendidas
Grado 3 Nivel 2	193	57	13	11	12	1	0	0	0	0	15	0	57	36	2	59	172	21
Grado 3 Nivel 1	401	124	13	17	16	6	0	1	0	0	21	0	146	63	6	86	366	35
Grado 2 Nivel 2	269	51	7	14	9	9	1	4	0	0	11	0	123	22	3	41	228	41
Grado 2 Nivel 1	387	58	4	16	7	8	2	5	0	0	18	0	180	42	3	54	322	65
Grado 1 Nivel 2	246	22	4	10	2	5	2	4	0	0	18	0	85	25	2	30	176	70
Grado 1 Nivel 1	443	26	3	9	0	9	6	6	0	1	49	0	0	0	0	38	152	291
TOTAL	1.939	338	44	77	46	38	11	20	0	1	132	0	591	188	16	308	1.416	523

Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

RPM: Residencia de Personas Mayores

RPD: Residencia de personas con discapacidad

CDM: Centro de Día de Personas Mayores

CDD: Centro de Día de personas con Discapacidad

COC: Centro Ocupacional

ASM: Alojamiento de Salud Mental

CDSM: Centro de Día de Salud Mental

AINS: Alojamiento de Inserción

URS: Unidad Residencial Sociosanitaria

SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio

INRE: Residencia de Menores

PECEF: Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar

PEAP: Prestación Económica de Asistencia Personal

PEVS: Prestación Económica Vinculada al Servicio

ATEC: Ayudas Técnicas y Accesibilidad

Tal y como se refleja en la tabla, la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), la Residencia de Personas Mayores (RPM) y las Ayudas Técnicas (ATEC) son las prestaciones y los servicios más frecuentes, respectivamente. En este sentido, es de destacar que las personas con una grado de dependencia 1 y nivel 1 no son, a fecha de primer trimestre de 2015, susceptibles de las prestaciones económicas de la Ley de la Dependencia, motivo por el cual la tabla 7 no muestra frecuencia en este sentido, figurando el número 0.

De entre las 1.939 personas que tienen reconocida una situación de dependencia en el municipio de Irun, 795 (41%) reciben alguna prestación económica de la Ley de Dependencia. Principalmente perciben la PECEF (el 74,3% de ellos), seguido con notable diferencia de la PEAP (23,7%) y siendo residual la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS, 2%).

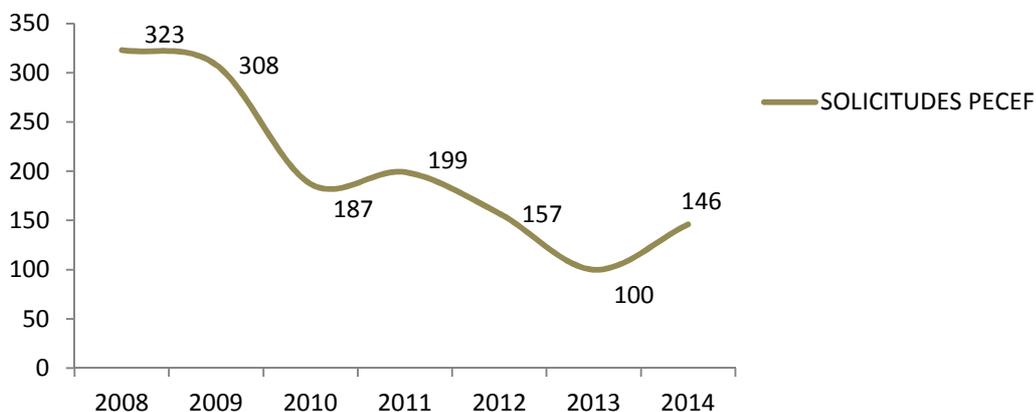
Tabla 8. Prestaciones económicas de la Ley de Dependencia (en frecuencias y porcentajes)

	PECEF	PEVS	PEAP	TOTAL
N	591	16	188	795
%	74,3	2	23,7	100

Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Elaboración propia.

La PECEF se viene prestando desde el año 2008. En la siguiente ilustración se puede ver el descenso del número de solicitudes a lo largo de los años.

Ilustración 2. Número de solicitudes de PECEF desde 2008 hasta 2014 (en frecuencias)



Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Elaboración propia.

De las 146 solicitudes realizadas en el año 2014, 145 fueron altas en la prestación en ese mismo periodo.

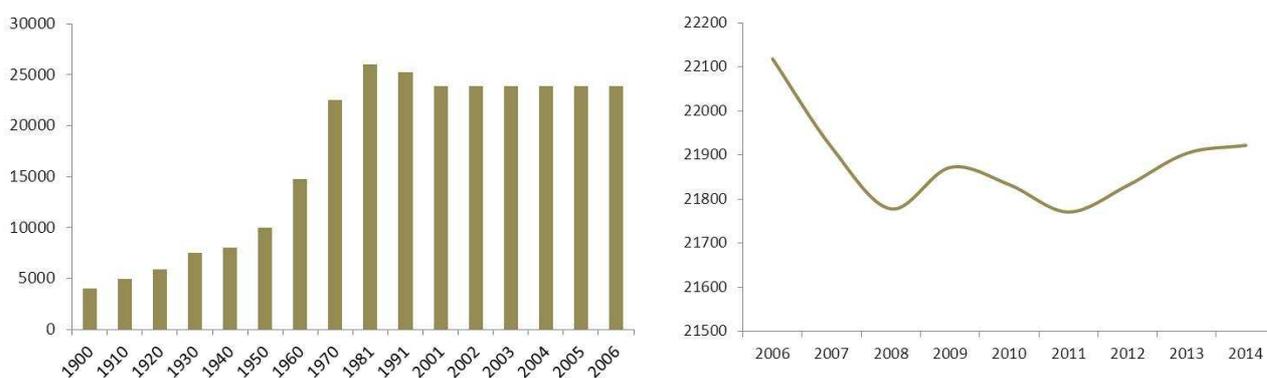
Finalmente, además de estos datos, a lo largo del año 2014 se han recogido 754 solicitudes de Valoración de la Dependencia y 238 solicitudes de Valoración RAI.

2.2. Datos básicos de Arrasate

2.2.1. Datos Sociodemográficos

El municipio de Arrasate se sitúa en la comarca de Debagoiena de la provincia de Gipuzkoa. A enero de 2015 tiene una población de 22.052 habitantes. Entre 1900 y 1950 la población ascendió de 3.273 habitantes a 10.014. En las siguientes 3 décadas y debido a la inmigración, del momento, Arrasate tuvo un incremento de población mucho mayor. En 1980 Arrasate llegó a tener 26.279 habitantes. Desde entonces, se viene imponiendo una pequeña tendencia a la baja, de forma que la población está disminuyendo año a año. El peso poblacional de Arrasate/Mondragón en la comarca es alto, y es que el 36% de la población del Alto Deba reside en Arrasate.

Ilustración 3. Evolución demográfica de Arrasate (nº de habitantes)



Fuente: Eustat 2014.

El municipio tiene un índice de envejecimiento de la población (Porcentaje de población de 65 y más años) elevado. Superior en 2 puntos a la media de la provincia y de la comunidad y en más de 1 punto al de la comarca. Y también supera en porcentaje de población de 75 y más años (índice de sobre envejecimiento) a la media de la provincia y de la comunidad.

Tabla 9. Distribución demográfica por edad y sexo (en frecuencias y porcentajes)

EDAD	HOMBRES	% HOM.	MUJERES	% MUJER.	TOTAL	% TOTAL POBLACIÓN
0-19 AÑOS	1.808	50	1.789	50	3.597	16
20-64 AÑOS	6.923	52	6.428	48	13.351	61
65 y más	2.147	43	2.827	57	4.974	23
90 y más	90	28	229	72	319	1,44
Total	10.878	50	11.064	50	21.922	100

Fuente: Eustat 2014. Elaboración propia.

En la tabla 3 se observa la distribución de la población según edad y sexo de los habitantes del municipio. En cuanto al género se distribuye de forma equitativa el porcentaje de mujeres (50%) y de hombres (50%). Esta distribución cambia de haber más hombres en la franja de 20 a 64 años, a haber más mujeres a partir de los 65, incrementando la proporción hasta el 57% de mujeres en mayores de 65 y al 72% en mayores de 90.

Tabla 10. Índice de envejecimiento y sobre envejecimiento (en porcentajes)

DEMOGRAFÍA	Año	Municipio	Comarca	Gipuzkoa	CAPV
Variación interanual de la población	2014	0	0,33	0,18	-0,12
Variación de la población en la última década	2014	-3,58	1,48	4,17	3,48
Índice de infancia: población de 0 a 14 años	2014	12,76	14,32	14,67	13,92
Índice de envejecimiento. Población de 65 y más años	2014	22,71	21,44	20,63	20,74
Índice de sobre envejecimiento. Población de 75 y más años	2014	11,6	11,09	10,42	10,68

Fuente: Udalmap

2.2.2. Personas en situación de dependencia

De los 22.052 habitantes del municipio de Arrasate, 994 personas son consideradas Dependientes, un 5% de la población.

En la siguiente tabla se recogen los grados y niveles de dependencia de las personas con dependencia en el municipio, según rangos de edad:

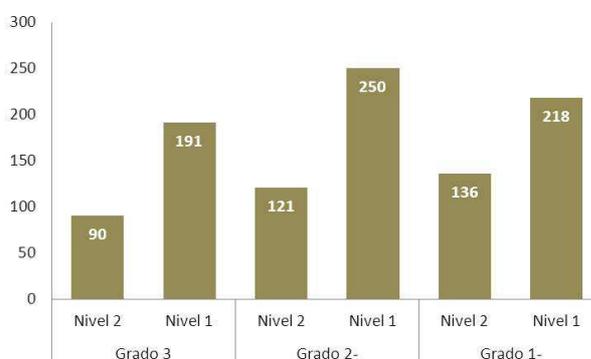
Tabla 11. Grado y nivel de dependencia según edades (en frecuencias)

RANGO EDAD	Grado 3		Grado 2		Grado 1	
	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1
0 a 2 años	0	0	1	0	1	0
3 a 6 años	0	0	1	1	0	0
7 a 11 años	2	4	1	5	5	2
12 a 17 años	0	2	2	3	3	2
18 a 59 años	17	21	28	45	37	34
60 a 64 años	4	3	5	9	5	9
65 a 69 años	1	4	2	18	6	11
70 a 79 años	10	28	13	40	21	31
80 a 89 años	29	80	45	76	41	93
90 a 99 años	25	48	23	44	19	28
Cien o más años	1	3	0	1	0	0
TOTAL	89	193	121	242	138	211

Fuente: Diputación Foral de Gipuzkoa.

Las personas en situación de dependencia en el municipio se distribuyen en un 37% en Grado II, 35% en Grado I y un 28% de Grado III.

Ilustración 4. Dependencia según grado y nivel (en frecuencias)



Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

2.2.3. Recursos Municipales

El equipo humano del Departamento de los Servicios Sociales del Municipio de Arrasate está configurado por:

- 1 Dirección de los Servicios Sociales Municipales y de la Residencia de Personas Mayores Iturbide.
- 8,5 Trabajadoras Sociales repartidas por áreas de trabajo:
 - 3 UTS (Unidad de Información, Valoración y Orientación).
 - 2 en la sección de Dependencia y Discapacidad y Atención a Personas Mayores de 60 años.
 - 1 a jornada completa y 1 a media jornada en la sección de Infancia y Juventud.
 - 1 técnico en Prevención de Drogodependencias e Inserción.
 - 1 para la gestión del albergue de invierno (de noviembre a abril).
- 1 Administrativo.
- 2 Auxiliares administrativos.

Además del equipo humano, el municipio cuenta con recursos comunitarios como las plazas en Centro de Día y las plazas en Centros Residenciales para personas mayores. En la siguiente tabla se muestra la cobertura de plazas por porcentaje de habitantes.

Tabla 12. Recursos comunitarios (en porcentajes)

RECURSOS COMUNITARIOS	Año	Municipio	Comarca	Gipuzkoa	CAPV
Plazas en Centros de día para la tercera edad (% hab. de 65 y más años).	2015	0,6	0,9	1,0	0,8
Plazas en Centros residenciales para la tercera edad (% hab. de 65 y más años).	2015	2,7	3,4	3,1	2,6

Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Datos en 2015, excepto Euskadi (2012).

Como puede observarse en el año 2015 la cobertura de plazas en el municipio era inferior a la media tanto de la comarca, como de la provincia en Centros de Día y Residencias, y que las de la CAPV en las de Centro de Día.

2.2.4. Servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Los habitantes del municipio de Arrasate tienen acceso además de a los recursos propios del ayuntamiento, a las prestaciones y servicios contemplados en la Ley promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia. Así, en la siguiente tabla pueden apreciarse el nº de personas del municipio con dependencia atendidas por el Sistema de Atención a la Dependencia a fecha de primer trimestre de 2015.

Tabla 13. Nº de personas con dependencia atendidas por el SAAD

GRADO	NIVEL	Nº TOTAL VIVOS	RPM	RPD	CDM	CDD	COC	ASM	CDSM	AINS	URS	SAD	INRE	PECE	PEAP	PEVS	ATEC	TOTAL	NO ATEND	TOTAL
GRADO III	2	90	33	6	1	7	0	0	0	0	0	2	0	20	14	2	43	77	13	128
	1	191	60	7	20	11	0	1	1	0	0	7	0	62	31	3	81	177	14	284
GRADO II	2	121	21	2	5	3	4	1	3	0	0	5	0	61	11	2	37	107	14	155
	1	250	40	1	9	3	10	1	4	0	2	15	1	108	26	2	47	199	51	269
GRADO I	2	136	8	1	0	1	4	1	0	0	0	12	0	68	13	0	36	108	28	144
	1	218	11	0	2	0	10	5	2	0	0	24	0	0	0	0	46	97	121	100
TOTAL		1006	173	17	37	25	28	9	10	0	2	65	1	319	95	9	290	765	241	1080

Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

RPM: Residencia de Personas Mayores

RPD: Residencia de personas con discapacidad

CDD: Centro de día de personas con Discapacidad

COC: Centro ocupacional

ASM: Alojamiento de Salud Mental

CDSM: Centro de día de Salud Mental

AINS: Alojamiento de Inserción

URS: Unidad Residencial Sociosanitaria

PECEF: Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar

PEAP: Prestación Económica de Asistencia Personal

PEVS: Prestación Económica Vinculada al Servicio

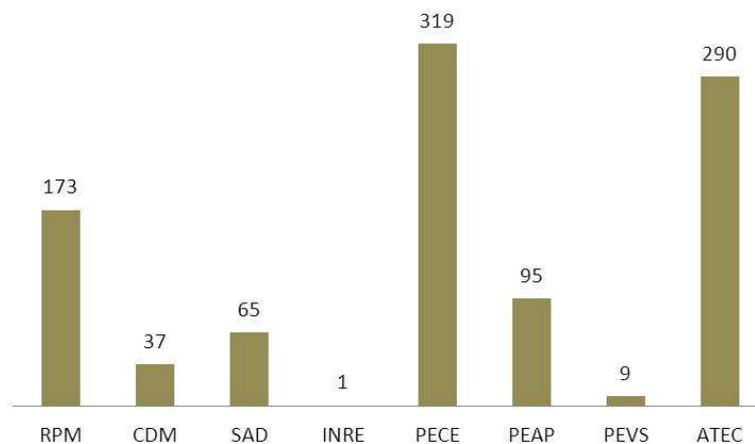
ATEC: Ayudas Técnicas y Accesibilidad

CDM: Centro de día de Personas Mayores

SAD: Servicio de ayuda a domicilio

INRE: Residencia de menores

Ilustración 5. Servicios y Prestaciones del SAAD (en frecuencias)



Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Datos en 2015. Elaboración propia

Tal y como se refleja en la tabla y gráfico anteriores, la Prestación Económica para Cuidados en el entorno familiar (PECEF), las ayudas técnicas y las plazas residenciales son las más frecuentes en el municipio.

También se han recogido 240 solicitudes de Valoración de la Dependencia y 127 solicitudes de Valoración RAI a lo largo del 2014.

De entre la personas dependientes 423 (42,5%) reciben alguna prestación económica de la Ley de Dependencia. Principalmente la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (75,4%), seguido con notable diferencia de la Prestación Económica para Asistente Personal (22,4%) y siendo residual la Prestación Económica Vinculada al Servicio (2,1%).

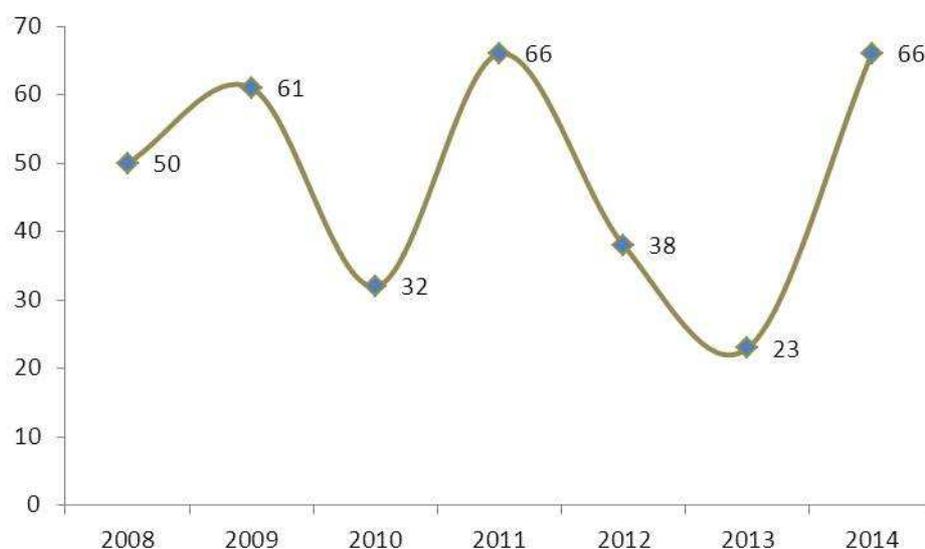
Tabla 14. Prestaciones económicas de la Ley de Dependencia (en frecuencias y porcentajes)

	PECEF	PEVS	PEAP	TOTAL
N	319	9	95	423
%	75,4	2,1	22,5	100

Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Elaboración Propia

La PECEF se viene prestando desde el año 2008, el nº de incorporación y asignación de los casos en estos 7 años ha sido desigual:

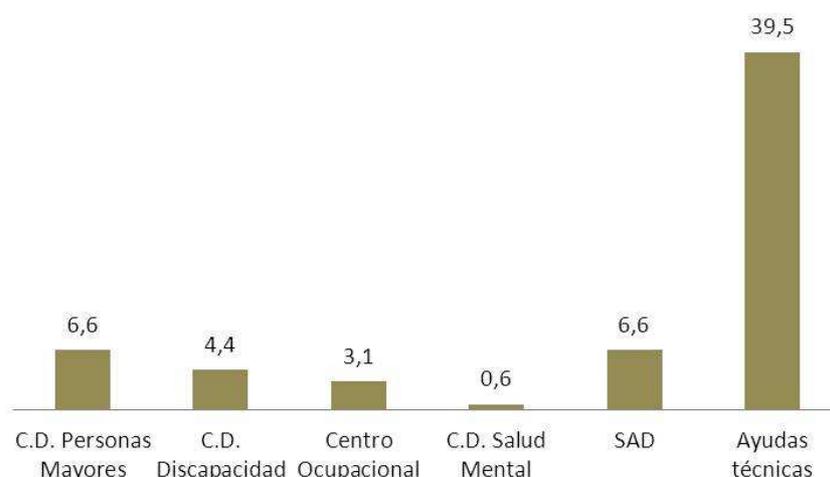
Ilustración 6. Número de altas de PECEF desde 2008 hasta 2014 (en frecuencias)



Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Entre los perceptores de PECEF el 60,8% recibe además, otro servicio complementario: Centros de día de Personas Mayores (6,6%), Centro de día de personas con Discapacidad (4,4%), Centro Ocupacional (3,1%), Centro de día de Salud Mental (0,6%), Servicio de Ayuda Domiciliario (6,6%) o Ayudas técnicas (39,5%).

Ilustración 7. Servicios complementarios PECEF (en porcentajes)



Fuente: Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Elaboración propia.

De los datos expuestos hasta el momento, se puede observar que existe una destacada diferencia entre ambos municipios en relación al número de plazas públicas tanto residenciales como de Centro de Día. Irun dispone de un mayor número de plazas de este tipo, como es lógico al triplicar en número de habitantes a Arrasate. No obstante, si atendemos a la cobertura de plazas públicas por porcentaje de habitantes, se observa que en ambos municipios es menor a la media de Gipuzkoa.

Tanto en Irun como en Arrasate, la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), la Residencia de Personas Mayores y las Ayudas Técnicas son las prestaciones y los servicios más frecuentes, respectivamente. Finalmente, en relación a las prestaciones económicas de la Ley de la Dependencia, el porcentaje de personas que reciben PECEF, PEAP y PEVS es muy similar en ambos municipios, destacando la prevalencia de la PECEF sobre las demás prestaciones, que la perciben aproximadamente tres cuartas partes de las personas que reciben alguna de estas tres prestaciones económicas.

3. Identificación de la muestra

A lo largo de este apartado se describen los pasos y los criterios que se han seguido para la identificación de la muestra del estudio.

3.1. Criterios de inclusión de la muestra

Matia Instituto junto con la Diputación Foral de Gipuzkoa, ha establecido en primer lugar los criterios empleados para identificar a la muestra objeto de estudio, que han sido los siguientes:

- Expedientes de PECEF iniciados entre los años 2008 – 2011.
- Dependencias de Grados II y III.
- No disposición de otro tipo de servicios complementarios.

Tabla 15. Muestra inicial según criterios de perfil en Irun (en frecuencias)

Expedientes	BVD grado III	BVD grado II	TOTAL
Año 2008	32	30	62
Año 2009	42	63	105
Año 2010	18	49	67
Año 2011	46	24	70
TOTAL	138	166	304

En el caso de Irun, tal y como se muestra en la tabla 15, son 304 las personas que cumplen los tres criterios previamente descritos. El grupo más cuantioso corresponde al de personas con un grado de dependencia II.

En Arrasate son 142 las personas que cumplen los tres criterios previamente descritos. El grupo más cuantioso corresponde al de personas con un grado de dependencia III.

Tabla 16. Muestra inicial según criterios de perfil en Arrasate (en frecuencias)

Expedientes	BVD grado III	BVD grado II	TOTAL
Año 2008	23	12	35
Año 2009	40	11	51
Año 2010	7	19	26
Año 2011	6	24	30
	76	66	142

3.2. Selección de la muestra del estudio

Una vez identificadas todas las personas que cumplen los criterios de acceso a la muestra del estudio, se han dividido por grupos de edad, y se ha establecido un porcentaje (65%) de entrevistas a realizar aleatoriamente por cada uno de ellos. Además, se han seleccionado por considerarse un grupo prioritario todos aquellos expedientes en los que figure una persona cuidadora mayor de 75 años, independientemente de la edad de la persona en situación de dependencia. En resumen, los grupos a entrevistar han sido finalmente los siguientes:

A: Personas en situación de dependencia con cuidadores mayores de 75 años (se entrevistará al 100%)

B: Personas en situación de dependencia menores de 17 años (se entrevistará al 65% aleatoriamente)

C: Personas en situación de dependencia entre 18-59 años (se entrevistará al 65% aleatoriamente)

D: Personas en situación de dependencia entre 60-89 años (se entrevistará al 65% aleatoriamente)

E: Personas en situación de dependencia mayores de 90 años (se entrevistará al 65% aleatoriamente)

Las personas de cada grupo que finalmente no constituyen la muestra, han pasado a formar parte de un grupo reserva, que se ha utilizado en el caso de existir bajas entre las personas a entrevistar.

La Diputación Foral de Gipuzkoa ha proporcionado los datos de todas las personas que reúnen los criterios previamente descritos. Una vez obtenidos estos datos, se ha procedido a determinar de forma aleatoria a la muestra de personas a entrevistar y a la muestra que quedará en el grupo reserva.

Tal y como se observa en la siguiente tabla, el número de personas a entrevistar en el municipio de Irun son 215, por tanto, quedan 84 personas como reserva.

Tabla 17. Número de entrevistas a realizar en Irun por cada grupo (en frecuencias)

Grupos	nº total de personas	nº de personas a entrevistar	nº de personas de reserva
Grupo A: cuidadores mayores de 75 años	51	51	0
Grupo B: 0 a 17años	30	18	12
Grupo C: 18 y 59 años	61	40	21
Grupo D: 60 y 89 años	113	74	39
Grupo E: más de 90 años	44	32	12

En Arrasate, el número de personas a entrevistar son 105, por tanto, quedan 37 personas como reserva.

Tabla 18. Número de entrevistas a realizar en Arrasate por cada grupo (en frecuencias)

Grupos	nº total de personas	nº de personas a entrevistar	nº de personas de reserva
Grupo A: cuidadores mayores de 75 años	34	34	0
Grupo B: 0 a 17años	12	8	4
Grupo C: 18 y 59 años	23	15	8
Grupo D: 60 y 89 años	49	32	17
Grupo E: más de 90 años	24	16	8
TOTAL	142	105	37

Por tanto, son 320 el número total de entrevistas a realizar en esta experiencia piloto. Se considera que es un número más que apropiado para poder extraer conclusiones sobre la situación de las personas en situación de dependencia en ambos municipios, y para poder establecer un modelo de seguimiento acorde con los resultados obtenidos en esta experiencia.

3.3. Criterios para la sustitución de la muestra inicial

En la fase de planificación del estudio, y previendo de antemano la posibilidad de que se dieran bajas sobre la muestra inicial en el transcurso del proyecto, se han definido criterios para incorporar las personas del grupo reserva a la muestra del estudio en caso de haber necesidad, sin perder de vista el volumen de entrevistas a realizar; 215. Los criterios utilizados en este sentido han sido los siguientes:

- En el caso de que una persona del grupo B, C, D o E sea dada de baja, se le sustituirá por otra persona del mismo grupo.
- En el caso de que una persona del grupo A sea dado de baja, se le sustituirá por otra persona del grupo E.
- En el caso de que una persona del grupo A sea dado de alta, se le dará de baja a una persona del grupo B, ya que se entrevistará al 100% de las personas del grupo A.
- En el caso de que una persona del grupo B, C, D o E sea dado de alta, entrará directamente como reserva.

En el siguiente apartado se expone cómo ha sido el proceso de desarrollo del estudio.

4. Desarrollo de la experiencia

Una vez esclarecidos los procedimientos utilizados para la selección de la muestra, da comienzo la fase activa del proyecto; el estudio del caso, el contacto con la muestra, las visitas domiciliarias, etc. A continuación se describen cada una de estas acciones.

4.1. Estudio de cada caso

Con objeto de conocer más en profundidad los casos seleccionados para las entrevistas, se ha procedido a obtener una primera información de cada uno de ellos. Para tal fin, la trabajadora social de Irun, y la de Arrasate, se han dirigido a los siguientes sistemas:

- **Padrón municipal:** para observar si existen cambios de dirección, si la persona en situación de dependencia y su cuidadora principal están empadronados en el mismo domicilio y para observar cualquier cambio de situación, se ha accedido al padrón municipal a través del sistema informático habilitado para ello.
- **EXTRANET:** para el acceso a todas las valoraciones de dependencia (BVDs) de las personas a entrevistar, se ha accedido a la aplicación informática de la Diputación Foral de Gipuzkoa; la Extranet. A través de esta información se ha identificado cuál es la situación de dependencia de las personas de la muestra inicial, en qué Actividades de la Vida Diaria precisa ayuda de una tercera persona o si existen modificaciones en el Grado y Nivel de Dependencia, entre otros. Asimismo, se ha podido conocer si tienen solicitudes de otras prestaciones o servicios complementarios de la Ley de Dependencia.
- **Ficha social de cada persona de la muestra:** para tener una información inicial complementaria sobre cuestiones de interés y a tener en cuenta de cada caso, se ha accedido a la ficha social de cada persona a través del sistema informático municipal.

4.2. Contacto con la muestra

Para el contacto con la muestra se han seguido diversos pasos que se describen a continuación.

- **Envío de carta:** Una vez realizado el estudio de cada situación se ha procedido a enviar una carta a todas las personas que componen la muestra inicial, dejando un margen de una semana aproximadamente para realizar la primera llamada telefónica.

- **Apertura de agenda de citas:** Se procede a la apertura de una agenda de citas en la que se va anotando la fecha y hora de las entrevistas. La organización de la agenda se realiza teniendo en cuenta las direcciones de las personas que se van a visitar, intentando organizar la agenda de visitas, en la medida de lo posible, para que las personas que se vayan a entrevistar a lo largo del mismo día residan a una distancia prudencial y optimizar así el tiempo. Por otro lado, para la organización de la agenda se ha considerado la conveniencia horaria de la familia. Por lo general se han realizado 3 visitas diarias, por la mañana o mañana y tarde, de lunes a jueves con una duración de una hora aproximadamente. Los viernes se han reservado para el trabajo de oficina; llamadas telefónicas, volcado de información, etc.
- **Llamadas telefónicas:** Una vez que las familias han recibido las cartas, se reciben muchas llamadas telefónicas para conocer con más detalle el motivo de la visita, la fecha de la misma, y otras dudas que puedan surgir en las familias. Las trabajadoras sociales dan respuesta a esas llamadas y comienzan a acordar las fechas y horas de las entrevistas. En el caso de que las trabajadoras sociales no reciban notificación alguna por parte de las familias, son ellas mismas quienes llaman al domicilio para concertar la visita.

4.3. Visitas Domiciliarias

Una vez organizada la agenda de citas de la semana, la trabajadora social inicia las visitas domiciliarias. Aproximadamente entre el 25% y el 30% de las visitas domiciliarias, las trabajadoras sociales han contado con la presencia de los coordinadores de Matia Instituto. El resto, hasta completar la muestra identificada, las ha realizado de forma individual.

Las visitas domiciliarias siguen siempre un mismo procedimiento, que tiene como objetivo la buena aceptación de la visita por parte de las familias y la creación de un clima apropiado para la misma.

Así, en primer lugar la trabajadora social se presenta y recuerda el contacto telefónico mantenido y la carta inicial enviada desde el ayuntamiento.

Tras este primer contacto, la trabajadora social trata de crear un "clima" de relación y confianza apropiado y necesario utilizando algunas preguntas informales y abiertas que den lugar a una pequeña conversación en la que la actitud de escucha activa sea percibida claramente por la familia.

Posteriormente, se les informa del motivo de la visita (conocer la situación actual e identificar variaciones con relación al momento de la valoración de dependencia) y se recoge una primera impresión de la persona cuidadora sobre las circunstancias que se dan en la relación de cuidados.

Una vez explicado el motivo de la visita, se les informa de que la entrevista se divide en tres partes. En un primer lugar se solicita que muestren su vivienda para observar el grado de adecuación de la misma a las necesidades de la persona en situación de dependencia y detectar dificultades que puedan surgir a este nivel. En segundo lugar, se informa a la familia que gran parte de la entrevista se realiza con la persona cuidadora para poder comprender cuál es su situación y de qué manera desarrolla su rol de cuidadora principal. Por último, se les expone que la parte final de la entrevista se realizará con la persona en situación de dependencia. Las entrevistas tanto con la persona cuidadora como con la persona dependiente se realizan por separado, y así se les explica a las familias al inicio de la visita.

Es importante señalar, que gran parte de la visita se desarrolla con la persona cuidadora, hecho que les sorprende e inquieta al mismo tiempo. Como continuamente verbalizan, esperan que la entrevista se realice con la persona dependiente y son habituales los comentarios del tipo “aquí la tienes” o “aquí está” al entrar en el domicilio. El hecho de no esperar ser entrevistadas conlleva en ocasiones una dificultad a la hora de la entrevista, que generalmente se difumina transcurridos los primeros minutos. Finalmente, una vez concluidas ambas entrevistas, la trabajadora social se despide de la familia dejando siempre abierta la posibilidad de que la familia pueda ponerse en contacto para información complementaria, solicitud de cita con la trabajadora social de referencia y/o aclaración de cualquier tipo de duda.

4.4. Gestión de la información

Para el desarrollo de esta experiencia se han utilizado varios soportes:

Carta:

Se ha realizado el diseño de una carta informativa para las familias, en la que se detalla el objeto de realizar un seguimiento de la situación de la persona dependiente y valorar el grado de adecuación de la prestación que percibe a través de una entrevista en el propio domicilio. En la misma carta se

facilita el número de contacto directo de la trabajadora social que acudirá al domicilio para aclaración de dudas.

Este soporte se ha enviado a nombre de las personas en situación de dependencia, y ha contado con la firma de la Delegada de Bienestar Social del Ayuntamiento de Irun, en aquellas cartas enviadas en este municipio, y la firma de la Responsable del Departamento de Bienestar Social del Ayuntamiento de Arrasate, en las cartas enviadas en este último municipio.

Guion de llamada:

Además de la carta, se ha diseñado un guion en el que se especifica cómo debe ser la llamada inicial. El guion determina que en primer lugar se realice la presentación de la trabajadora social y el motivo de la llamada, haciendo alusión a la carta enviada. Tras preguntar si le pueden atender, la trabajadora social plantea la visita acordando fecha y hora para la misma.

Cuestionario:

El principal objetivo de la supervisión que se realiza en el domicilio, es garantizar que la atención se presta efectivamente con la intensidad suficiente y que la calidad de la atención es adecuada. También que las personas cuidadoras ejercen su rol en condiciones adecuadas, así como que el entorno y el contexto en el que se realizan los cuidados y la vida ofrecen la suficiente seguridad.

Para ello, el cuestionario se ha dividido en cinco bloques:

- **Relación con los Servicios Sociales Municipales:** En esta parte del cuestionario se pretende conocer si existe relación entre la persona dependiente y los Servicios Sociales Municipales.
- **Domicilio y situación de la vivienda:** Este segundo apartado permite recoger información sobre la vivienda en la que reside la persona dependiente, para saber si existen barreras que obstaculicen la labor de cuidados y la calidad de vida de la persona en situación de dependencia. Por otra parte, se considera que la observación del domicilio de la persona ofrece mucha información complementaria que de otra manera no se puede obtener (información sobre situación familiar, higiene, relaciones familiares, etc.) y por tanto, detectar situaciones que den lugar a valorar el grado de adecuación de la atención prestada.

- Persona cuidadora: En este tercer apartado se propone la realización de una entrevista a la persona que se encarga de ofrecer los cuidados a la persona en situación de dependencia. A través de esta entrevista se quieren conocer las siguientes áreas:
 - Información básica: este subapartado recoge el grado de parentesco entre persona dependiente y cuidadora, la existencia de convivencia y la relación entre ambas personas.
 - Organización de los cuidados: se recaba información relacionada con el tiempo que se dedica a los cuidados, la existencia de apoyos familiares o profesionales, el tiempo que lleva atendiendo a la persona dependiente y la evolución de sus necesidades.
 - Consecuencias e impacto del cuidado en la persona cuidadora: se explora su situación emocional, el impacto de los cuidados en la vida social y familiar y en el estado de salud. Se trata de detectar asimismo la existencia de sobrecarga en el cuidador.
 - Dificultades y servicios existentes: este subapartado pretende recoger las dificultades que encuentra la persona cuidadora en su tarea de cuidado con objeto de realizar orientaciones y proponer servicios que pudieran ayudarle en su labor.
- Persona dependiente: el objetivo de este apartado es conocer el grado de satisfacción de los cuidados que recibe, las relaciones familiares y los apoyos de los que dispone la persona en situación de dependencia. Asimismo, se pretende conocer el grado de satisfacción de la atención sanitaria recibida y facilitar información de recursos conociendo de antemano su opinión sobre los mismos.
- Apartados para el profesional que realiza la entrevista: el cuestionario cuenta con apartados que no se preguntan a las familias, sino que se cumplimentan tras la observación de la trabajadora social. Así, se pretende realizar una comparación entre el BVD de origen y la situación que se ha observado, detectar posibles indicadores de trato no adecuado y determinar el grado de adecuación de la situación observada realizando alguna orientación al respecto en caso de ver necesidad.

El cuestionario es completado en papel al finalizar la entrevista, con objeto de no perder ninguna información que se haya obtenido en la entrevista.

Posteriormente se ha procedido a recopilar la información y los datos recogidos en los soportes diseñados. Estos soportes se han visto modificados a medida que se han realizado las primeras entrevistas y se ha ido viendo la necesidad de adaptarlas. En el caso del municipio de Arrasate en las primeras 19 entrevistas se ha usado el Cuestionario Versión 2. Después de hacer unas modificaciones al mismo, se ha usado el Cuestionario Versión 3 en 3 entrevistas. Tras realizar otras modificaciones, las siguientes 83 entrevistas se han realizado con el Cuestionario Versión 4. Estos cambios han repercutido en los resultados finales ya que en las primeras 22 entrevistas no se ha recogido toda la información como en las 83 posteriores.

De cara a informatizar la información y facilitar el posterior análisis de los datos recabados, los cuestionarios son introducidos en un soporte informático creado al efecto.

Soporte informático:

El soporte informático desarrollado utiliza la tecnología WYSIWYG (What You See Is What You Get) y es una herramienta totalmente ajustada al uso concreto de esta investigación. Contempla todas y cada una de las preguntas del cuestionario en papel y sigue el mismo orden y lógica que éste. Una de las principales ventajas de este soporte es que puede ser cumplimentado desde cualquier lugar con acceso a internet, ya que es una herramienta web. Además, permite visualizar en tiempo real el contenido de las respuestas otorgadas y es perfectamente compatible con EXCEL, SPSS y otras herramientas para el análisis de datos.

Ilustración 8. Imagen de la herramienta informática

The screenshot displays a web-based questionnaire interface with the following elements:

- Question 8:** "¿Es usted atendido siempre que solicita ayuda para algo?"
- 8.1:** A dropdown menu for "¿Es usted atendido siempre que solicita ayuda para algo?".
- 8.2:** A text input field for "Descripción".
- 8.3:** A dropdown menu for "¿Es rápida esa respuesta?".
- 9:** A dropdown menu for "¿Tiene algún comentario o sugerencia sobre la atención que recibe?".
- Question 10:** "En los casos en los que no haya Deterioro Cognitivo preguntar ¿Ha acudido alguna vez a centro de Día, Estancias temporales, Ha dispuesto de servicio de Teleasistencia, de SAD, Ayudas Técnicas??"
- 10.1:** A dropdown menu for "¿Conoce usted estos Servicios?".
- 10.2:** A text input field for "¿Qué opinión le merecen?".
- 10.3:** A dropdown menu for "¿Acudiría usted a ellos?".
- 10.4:** A text input field for "Motivos".
- Section:** "Se orienta el caso hacia" with a list of checkboxes:
 - PEAP
 - SAD
 - Centro de Día
 - Solicitud de Ayudas Técnicas
 - Un apoyo al/a cuidador/a principal
 - Teleasistencia
 - Otras orientaciones
 - Seguimiento

Para la cumplimentación de la información en la aplicación informática, la trabajadora social dispone de unas claves que le dan acceso al sistema y garantizan la protección de los datos. Un aspecto importante a considerar sería la codificación de los datos previa introducción de la información, con objeto de disociar los datos identificativos de la persona con la información recabada a través de un código identificativo. La relación código-nombre estaría únicamente en manos de la trabajadora social, de tal manera que se garantizaría la protección de datos de carácter personal.

Una vez descrita la fase de planificación del proyecto y los soportes diseñados para la ejecución del mismo, los siguientes apartados recogen la información extraída durante el desarrollo del estudio.

5. Datos básicos del proceso

En este apartado se describen las altas y bajas que han tenido lugar a lo largo del estudio en ambos municipios, la adecuación de la prestación en cada caso, según los criterios definidos para tal fin y el criterio profesional, y las derivaciones realizadas a Servicios Sociales de Base.

5.1. Datos básicos del proceso en Irun

5.1.1. Altas y Bajas

Al inicio del estudio, el número total de personas de la muestra era de 298; 215 pertenecientes al grupo de muestra a entrevistar y 83 al grupo de reserva.

A lo largo del proyecto, se han producido varias modificaciones de esa muestra inicial; en concreto, han tenido lugar 39 bajas y 5 altas. Los motivos de las bajas se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 19. Bajas sobre la muestra inicial del estudio y motivos (en frecuencias)

MOTIVO DE BAJA	BAJAS MUESTRA	BAJAS RESERVA	TOTAL BAJAS
Fallecimiento	5	4	9
Ingreso en residencia	1	1	2
Cambio BVD, Grado I	3	0	3
Cambio PECEF a PEAP o PEVS	2	2	4
Traslado de municipio, baja padrón	4	1	5
Imposibilidad de comunicación con el usuario	3	0	3
Ingresos hospitalarios de larga duración	4	0	4
Ingreso en prisión	1	0	1
Persona cuidadora dependiente	1	0	1
Baja padrón persona cuidadora	3	0	3
Cuenta con recurso complementario (CD)	1	0	1
Renuncia prestación	1	0	1
Acudo a visita, persona en fase terminal	1	0	1
Baja por tener que dar alta a otra persona	1	0	1
	31	8	39

Con respecto a las altas, todas ellas se han producido al dejar de estar excluidos de la lista inicial por ser usuarios de otros servicios como el Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD) y/o el Centro de Día (CD). En otras palabras, estas personas pasan a ser altas cuando cumplen los requisitos de ser expedientes de 2008 a 2011 y tener reconocido un Grado de Dependencia II o III y al darse de baja

en un servicio complementario, cumplen con el tercer criterio que sería el de no tener servicios de SAD ni CD.

Todas las altas salvo una han formado parte directamente del grupo reserva. La única excepción se ha realizado al ser alta un expediente del grupo persona cuidadora mayor de 75 años, ya que se determinó que el 100% de personas de este grupo serían entrevistadas debido a considerarse un grupo prioritario. Para ello, tal y como se establecía en los criterios de sustitución, se ha dado de baja a otra persona de la muestra grupo B (0-17 años).

Tabla 20. Altas sobre la muestra inicial del estudio y motivos (en frecuencias)

MOTIVO DE ALTA	ALTA MUESTRA	ALTA RESERVA	TOTAL ALTAS
BAJA en prestación complementaria	1	4	5

5.1.2. Adecuación de la prestación

Al finalizar las entrevistas, una vez recogidos los datos en los soportes pertinentes, se ha realizado un análisis de la información y se ha procedido a valorar cada caso y a clasificarlos en base a los criterios que se detallan a continuación, para determinar el grado de adecuación de la situación:

- **Valorar si la atención se presta efectivamente con la intensidad suficiente** (los criterios utilizados para determinar el grado de adecuación de esta área se obtienen básicamente de 8 preguntas del cuestionario)
- **Valorar si la calidad de la atención es adecuada** (los criterios utilizados para determinar el grado de adecuación de esta área se obtienen básicamente de 5 preguntas del cuestionario)
- **Valorar que las personas cuidadoras ejercen su rol en condiciones adecuadas** (los criterios utilizados para determinar el grado de adecuación de esta área se obtienen básicamente de 9 preguntas del cuestionario)
- **Valorar que el entorno y el contexto en el que se realizan los cuidados y la vida ofrecen la suficiente seguridad** (los criterios utilizados para determinar el grado de adecuación de esta área se obtienen básicamente de 5 preguntas del cuestionario).

En función del análisis realizado en cada caso y de las conclusiones obtenidas, se ha procedido a clasificar cada situación en uno de los tres bloques que determinan el grado de adecuación de la situación: grado de adecuación alto, medio y bajo.

- Grado de adecuación alto: se catalogan en este grupo los casos en los que se valora que la situación es correcta y adecuada, y que la prestación es idónea.
- Grado de adecuación medio: se incluyen en este grupo aquellos casos que están cerca de considerarse adecuados pero en los que se identifica una o varias áreas de mejora con respecto a uno o varios de los cuatro grupos antes mencionados (intensidad de la atención, calidad de la misma, rol de las personas cuidadoras, y entorno y contexto adecuado).
- Grado de adecuación bajo: se considera que el grado de adecuación es bajo cuando la situación dista de ser adecuada y requiere de una intervención a corto plazo por parte de los Servicios Sociales de Base para restablecer la idoneidad de la situación.

En Irun, de las 215 visitas domiciliarias realizadas, se han identificado 108 casos en los que la situación se valora como correcta y adecuada (50,2% de la muestra entrevistada). En 57 de estos casos, pese a considerarse que el grado de idoneidad es alto, se ha realizado una orientación por valorar la existencia de una prestación o servicio más adecuado al caso (como son los 16 casos en los que se ha orientado el cambio de PECEF a PEAP por existir una contratación privada y reunir los requisitos para percibir dicha prestación) y/o por detectar necesidades que puedan darse en un futuro próximo (donde se han realizado 44 orientaciones sobre ayudas técnicas y teleasistencia). En 3 situaciones se han realizado ambas orientaciones.

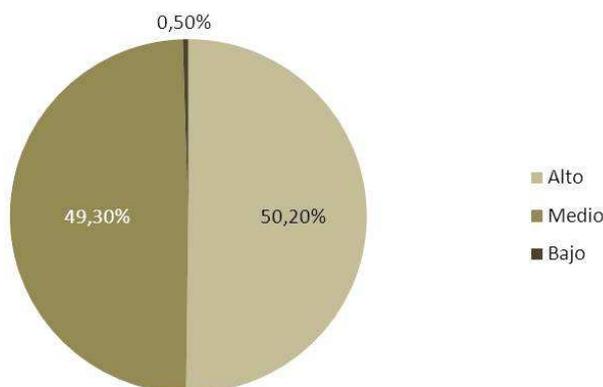
En 106 casos (49,3%) se han identificado uno o varios puntos de mejora para que el grado de adecuación de la situación sea mayor. Hay que señalar que a cada familia se le ha podido realizar más de una orientación, y que en muchos casos se les ha planteado varias alternativas a cada necesidad, si cabe opción. Las orientaciones realizadas en aquellos casos en los que el grado de adecuación se considera medio han sido las siguientes:

- PEAP: 49 orientaciones de cambio de prestación.
- Teleasistencia: 32 orientaciones.
- Ayudas técnicas: 62 orientaciones, entre ellas predominan las eliminaciones de barreras en baños, sistemas alternativos para escaleras y camas articuladas.

- Sendian: 30 orientaciones, entre las que hay que diferenciar el programa de respiro y el programa de atención psicológica grupal/individual para personas cuidadoras.
- Participación en actividades: a 6 personas cuidadoras se les ha orientado a que comiencen o retomen actividades de ocio para poder despejarse, ya que se ha observado la necesidad.
- Taller ocupacional/empleo protegido/búsqueda de actividades: a 9 personas se les ha orientado a que valoren estos recursos.
- SAD comidas: a 2 familias se les ha orientado hacia este servicio.
- SAD higiénico y doméstico: a 15 familias se les ha orientado a este recurso, como alternativa a las dificultades que presentaban en este sentido.
- Centro de atención diurna: a 12 familias se les ha planteado este servicio como alternativa a sus necesidades.
- Estancia temporal: a 6 familias se les ha orientado hacia este recurso.
- Programa respiro para personas con discapacidad/Asociaciones: a 3 familias se les ha orientado a que acudan a alguna asociación y puedan disponer de los diferentes servicios que estas ofrecen.
- Prestaciones económicas de otro tipo: a 4 familias se les ha orientado sobre diferentes ayudas económicas y se les ha informado de los lugares donde pueden solicitar información al respecto.
- En un caso se ha orientado a una persona dependiente a que acuda al centro de salud para solicitar ayuda psicológica.
- En tres casos se ha orientado a la familia a que acudan al centro de salud para solicitar un volante para silla de ruedas.

A lo largo del estudio, únicamente en 1 caso se ha detectado un grado de adecuación bajo, debido a que varias áreas tienen que ser mejoradas y la situación sin intervención alguna se considera insostenible. Se les ha orientado a que realicen una solicitud a la Diputación Foral de Gipuzkoa para que realicen una orientación de las necesidades de vivienda que se puedan mejorar a través de las ayudas técnicas. Además, se les ha orientado a que valoren el cambio de PECEF a PEAP ya que se cuestiona si el estado de salud de la persona cuidadora permite seguir atendiendo adecuadamente a todas las necesidades que precisa la persona dependiente. Finalmente, se les ha orientado a que soliciten teleasistencia, tanto por la edad y el estado de salud de la persona dependiente y de la persona cuidadora, como por las circunstancias que les rodea.

Ilustración 9. Clasificación de la muestra según grado de adecuación (en porcentajes)



En cuanto a la evaluación de las situaciones para la clasificación del grado de adecuación, cabe señalar que los límites en algunos casos son difusos. No se pueden establecer de manera rígida criterios para determinar el grado de adecuación, hecho por el cual adquiere una relevante importancia el criterio profesional, que permite analizar cada situación de manera integral.

Tal y como se expone, una de las dificultades con las que nos encontramos sobre todo en el caso de las ayudas técnicas o teleasistencia, es determinar el grado de adecuación cuando la única orientación es una ayuda técnica sencilla o una teleasistencia. Por ejemplo, el hecho de necesitar una cama articulada no implica que directamente se pueda clasificar la situación como adecuada o de adecuación media, ya que el profesional ha de valorar la situación de manera integral (la repercusión de los cuidados a nivel físico en el cuidador, la edad, el estado físico de la persona dependiente, los apoyos que tienen, etc.) para determinar si la situación es adecuada o no.

Tras el análisis de la situación, en algunas ocasiones se han realizado derivaciones a Servicios Sociales de Base. El siguiente apartado da cuenta de ello, especificando además los motivos de las derivaciones.

5.1.3. Derivaciones a Servicios Sociales de Base

En el transcurso de las entrevistas domiciliarias se han podido detectar áreas de mejora en cada caso y es en el propio domicilio en donde la profesional ha realizado un primer análisis, con las primeras conclusiones. Ha orientado a las familias sobre recursos y servicios que puedan dar solución a las necesidades que se plantean en la entrevista. En este sentido, se han realizado dos tipos de derivaciones; a petición de los interesados y a criterio profesional.

Derivaciones a petición de los interesados:

Una vez realizada la orientación inicial, a las familias que en la propia entrevista han decidido realizar la solicitud de algún recurso o han demandado información más específica, se les ha derivado a Servicios Sociales de Base para que tengan una cita con su trabajadora social de referencia. En este caso, ha sido la trabajadora social del estudio quien les ha citado directamente con la trabajadora social de base.

Las familias que han solicitado cita con la trabajadora social de referencia son 26, siempre para solicitar recursos y servicios. A continuación se detallan los recursos y servicios por los que han solicitado cita (pueden haber solicitado más de un recurso o servicio por familia).

En la mayor parte de los casos derivados a petición de los interesados, los recursos más solicitados han sido las ayudas técnicas. Cabe destacar que la eliminación de barreras en el baño es la mayor demanda, aunque también se han solicitado varias orientaciones para la eliminación de escaleras o sistemas alternativos y camas articuladas con sus respectivos colchones. Por otro lado, también se han solicitado, aunque en menor medida, otros recursos como Sendian, SAD, Estancias Temporales e información sobre ayudas económicas de otro tipo.

Derivaciones a criterio profesional:

Del mismo modo, una vez realizado un análisis más profundo de la situación, sí se ha detectado alguna situación en la que se ha considerado la necesidad de realizar un seguimiento de la situación, se ha derivado el caso a la trabajadora social de referencia.

Las familias que han sido derivadas a Servicios Sociales de Base para seguimiento de la situación son 8 y los motivos por los que han sido derivados son los siguientes (puede haber más de un motivo por caso):

- Dificultad de la persona cuidadora para ejercer las tareas de cuidado (2 casos)
- Conflictividad familiar (2 casos).
- Agresividad de la persona en situación de dependencia hacia la persona cuidadora (1 caso).
- Elevada sobrecarga derivada del cuidado en la persona cuidadora (riesgo de claudicación, 2 casos).

- Residencia fuera del territorio de Gipuzkoa (1 caso).
- Ingresos insuficientes (1 caso).
- Importantes barreras arquitectónicas (1 caso).

5.2. Datos básicos del proceso en Arrasate

5.2.1. Altas y Bajas

El listado inicial de 04/07/2014 estaba compuesto por 139 personas. 105 pertenecientes al grupo de muestra y 34 pertenecientes al grupo de reservas.

A lo largo del proceso se han producido 34 bajas, 17 (50%) pertenecientes al grupo de muestra y otras 17 (50%) al grupo de reservas. Uno de los principales motivos de baja ha sido el cambio de prestación de PECEF a PEAP (4 en muestra y 5 en reserva), seguido del fallecimiento y el ingreso en residencia (4 y 4). A éstas se añaden 11 casos (6 de muestra y 5 de reserva) que han sido eliminados de la lista al final del proceso por encontrarse la persona prestataria en estancia prolongada fuera del domicilio.

Hay también 7 casos (4 de muestra y 3 de reserva) que entraban en criterios de lista de estudio si bien no necesariamente percibían cuantía alguna de PECEF al ser perceptores de pensión por Gran Invalidez.

Tabla 21. Bajas sobre la muestra inicial del estudio y motivos (en frecuencias)

MOTIVO DE BAJA	BAJAS MUESTRA	BAJAS RESERVA	TOTAL BAJAS
Fallecimiento	2	2	4
Ingreso en residencia	2	2	4
Cambio BVD	1	1	2
Cambio PECEF a PEAP	4	5	9
Traslado de municipio	1	1	2
Imposibilidad de comunicación con el usuario	1	1	2
Estancia prolongada fuera del municipio	6	5	11
Total	17	17	34
Cobra gran Invalidez	4	3	7

El mayor número de bajas se ha producido en el intervalo de 60 a 89 años, aunque también era el más numeroso de la muestra. De 34 bajas, 7 (20%) se han producido en personas con cuidadoras de más de 75 años, todas ellas del grupo de muestra.

Tabla 22. Bajas sobre la muestra inicial del estudio por edad (en frecuencias)

TRAMO DE EDAD	BAJAS MUESTRA	BAJAS RESERVA	TOTAL BAJAS
0 a 17 años	2	4	6
18 y 59 años	1	5	6
60 y 89 años	12	6	18
Más de 90 años	2	2	4
Total	17	17	34
Cuidador +75	7	0	7

Se han producido un total de 2 altas a lo largo del proceso, al dejar de estar excluidos de la lista inicial por ser usuarios de otros servicios como Servicio de Ayuda Domiciliaria y Centro de Día, y cumplir los tres requisitos; ser expedientes de 2008 a 2011, tener reconocido un Grado de Dependencia II o III y no tener servicios de SAD ni CD.

5.2.2. Adecuación de la prestación

Los criterios utilizados para valorar la adecuación de la prestación en cada caso han sido los mismos en ambos municipios. Así, a modo de recordatorio, los criterios serían:

- Valorar si la atención se presta efectivamente con la intensidad suficiente.
- Valorar si la calidad de la atención es adecuada.
- Valorar que las personas cuidadoras ejercen su rol en condiciones adecuadas.
- Valorar que el entorno y el contexto en el que se realizan los cuidados y la vida ofrecen la suficiente seguridad.

Asimismo, tal y como se ha expuesto con anterioridad, el grado de adecuación de la situación se ha determinado en tres grupos; grado de adecuación alto (la situación es correcta y adecuada), medio (se identifica una o varias áreas de mejora aunque la situación es adecuada) y bajo (sin intervención la situación se considera insostenible).

En Arrasate, de las 105 visitas domiciliarias realizadas, se han recogido 71 casos en los que la situación se valora como correcta y adecuada. 30 casos se consideran adecuados pero se identifican como área de mejora la situación relativa a persona dependiente, la situación relativa a persona

cuidadora o la situación de vivienda. En 4 casos, la situación no es adecuada y precisan alternativas a su situación.

Tabla 23. Clasificación de la muestra según grado de adecuación (en frecuencias y porcentajes)

Grado de Adecuación	Nº	%
Alto	71	67,6
Medio	30	28,5
Bajo	4	3,8
Total	105	100

Los 4 casos arriba mencionados se consideran con bajo grado de adecuación por diferentes circunstancias:

- Caso 1: La vivienda no cumple con las condiciones mínimas de habitabilidad.
- Caso 2: La persona cuidadora es una persona dependiente (aunque no reconocida) y no puede continuar con la labor de cuidados.
- Caso 3: Debido al deterioro cognitivo de la persona dependiente, la convivencia es insostenible y la persona cuidadora está sobrepasada.
- Caso 4: Sobrecarga de la persona cuidadora. Cuida de dos personas con gran dependencia y aunque existe voluntad por su parte, no puede realizar un cuidado adecuado en ambos.

En cuanto a los 30 casos antes mencionados, aunque su situación es adecuada, habría que trabajar con la familia el área relativa a la persona dependiente, la relativa a la persona cuidadora o a la situación de vivienda.

- En 20 casos, se precisa valorar el tema de las Ayudas Técnicas y/o Accesibilidad.
- En 12 casos, se valora necesario tramitar otro tipo de recurso de apoyo alternativo como el SAD, el CD, la Estancia Temporal, o Programa Sendian entre otros o el cambio de prestación de PECEF a PEAP.
- En 2 casos, se valora necesario mejorar las condiciones de habitabilidad de la vivienda (tema de humedades, instalación precaria...), que aunque la situación no llega a ser insostenible, sería importante trabajar con la familia este punto.
- En 2 casos se precisa realizar una revisión de la valoración de dependencia.

- En 2 casos se valora la necesidad de un seguimiento a medio plazo con la Trabajadora Social para trabajar los siguientes puntos:
 - Caso 1: Trabajar con la familia para preparar la salida de la persona dependiente del hogar familiar.
 - Caso 2: Trabajar el desorden horario que padece la persona dependiente y observar el funcionamiento dentro del domicilio.

5.2.3. Derivaciones a Servicios Sociales de Base

En Arrasate se han producido 40 derivaciones a los Servicios Sociales de Base para que los usuarios tengan cita con su trabajadora social de referencia. Los motivos de las derivaciones son varios:

- Información/ orientación/ tramitación de las Ayudas técnicas y Accesibilidad.
- Revisión Valoración de la Dependencia.
- Valoración de Discapacidad.
- Posible cambio de prestación: cambio de PECEF a PEAP o a recurso Residencial.
- Seguimiento de caso como apoyo al cuidador principal y valoración de posibles apoyos complementarios a la prestación como son CAD, SAD, Estancia Temporal o Programa Sendian.
- Valorar posibles mejoras en las condiciones de la vivienda.
- Valorar otro tipo de ayudas económicas que le puedan corresponder.
- Valorar otro tipo de actuaciones de apoyo familiar independientes a la persona dependiente.

En el presente apartado se han descrito los datos básicos del estudio; altas y bajas en muestra, adecuación de la prestación y derivaciones a Servicios Sociales de Base. A la luz de los datos expuestos, se puede concluir que ambos municipios presentan datos similares en el número de bajas a lo largo del proceso y en el número de derivaciones a Servicios Sociales de Base. El único aspecto a destacar es la distribución de las situaciones en base a los criterios de adecuación establecidos (alto, medio y bajo). En ambos municipios, la mayoría de los casos se sitúan en un grado alto de adecuación, no obstante, el porcentaje de situaciones con este grado de adecuación

es mayor en Arrasate. Contradictoriamente, los casos en los que el grado de adecuación es bajo es también mayor en este último municipio.

En el siguiente apartado se describen más en profundidad los datos recabados en la entrevista. A modo organizativo, los resultados se presentan de acuerdo a la estructura del cuestionario.

6. Principales resultados

A continuación se exponen los resultados más relevantes obtenidos. Estos resultados se presentan en torno a cuatro grandes grupos de análisis:

- Relación con Servicios Sociales.
- Vivienda.
- Persona cuidadora.
- Persona en situación de dependencia.

6.1. Principales resultados en Irun

6.1.1. Relación con Servicios Sociales

Uno de los objetivos del estudio ha sido conocer el contacto que las familias perceptoras de la PECEF tienen con los Servicios Sociales de Base. Para ello, se ha analizado la asistencia de las mismas a Bienestar Social durante el último año, la relación que mantienen con la trabajadora social de referencia y las solicitudes de servicio y prestaciones que han realizado en este periodo.

Con respecto a la asistencia a Servicios Sociales de Base en el último año, el 22% de las familias han acudido en este periodo de tiempo. Como se puede observar, la mayoría de las personas entrevistadas no han acudido a Bienestar Social. No obstante, es importante señalar que para la solicitud de BVD o teleasistencia no es necesaria tener una cita con la trabajadora social de referencia, ya que se puede solicitar a través de otros recursos del ayuntamiento de Irun

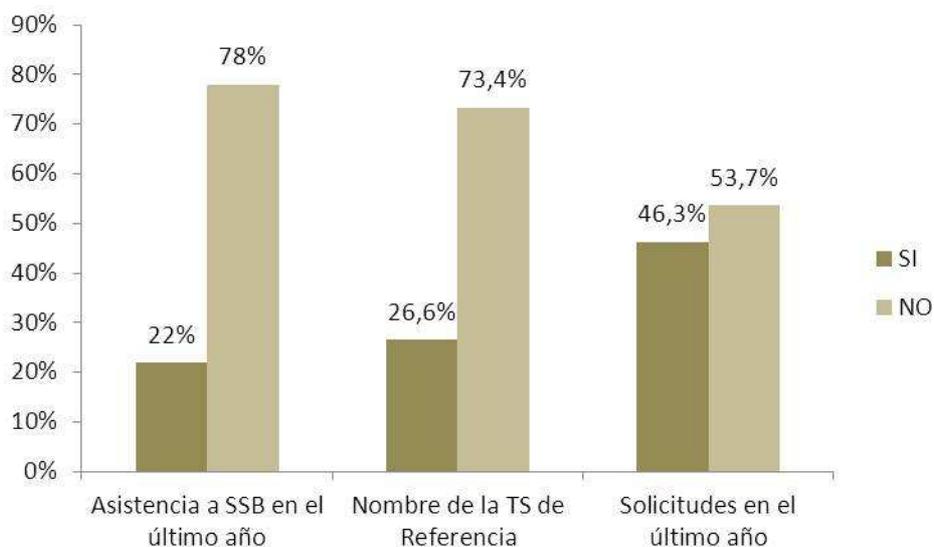
En relación a los motivos por los que han acudido, destacan la necesidad de obtener información de recursos (30%) y la realización de solicitudes de los mismos (27,7%).

Cuando se pregunta a las familias por su trabajadora social de referencia, únicamente el 26,6% de ellas es capaz de dar su nombre. En la mayoría de los casos sin embargo, no saben o refieren no recordar su nombre, aunque en algunos casos son capaces de realizar una descripción física de la misma.

Finalmente, y con respecto a la solicitud de prestaciones y servicios, algo más de la mitad de la muestra (53,7%) refiere no haber realizado ninguna solicitud de recursos además de la PECEF. De

las familias que afirman haber solicitado alguna otra prestación o servicio las solicitudes más prevalentes han sido; ayudas técnicas, ayudas económicas independientes a la Ley de la Dependencia, Teleasistencia, SAD, Valoraciones de Dependencia y Valoraciones de Discapacidad. En menor medida, las familias receptoras han solicitado Centro de Día, información sobre incapacitación legal, Sendian, Estancia Temporal y plaza en Residencia.

Ilustración 10. Relación con los Servicios Sociales de Base (en porcentajes)



A la luz de los resultados obtenidos, se puede concluir que las familias receptoras de PECEF no presentan una relación estable y estrecha con los servicios sociales, ya que según refieren el contacto es esporádico y desconocen quién es su profesional de referencia.

6.1.2. Vivienda

El lugar donde las personas en situación de dependencia y sus cuidadoras desarrollan su vida es de vital importancia desde el punto de vista de la dependencia, ya que este espacio puede fomentar la independencia de las personas o acentuar su dependencia. Además, la vivienda puede favorecer o dificultar las labores de cuidado. Es por ambos motivos por lo que la vivienda es motivo de análisis en este estudio. Así, se pretende conocer el grado de adecuación de la misma a las necesidades de la persona en situación de dependencia y de su cuidadora y detectar obstáculos y/o dificultades que puedan existir para el óptimo desarrollo de ambas personas.

En relación al tipo de vivienda, el 88,6% de las personas en situación de dependencia reside en un piso, frente al 11,4% que lo hace en una vivienda unifamiliar. Son pocos los casos en los que la vivienda se encuentra en una zona rural o alejada del centro de Irun (15,9%), y en general, el acceso hasta el edificio o casa no supone una dificultad. Únicamente en el 4,5% de los casos, el acceso a la vivienda supone una dificultad por terreno irregular en el exterior. Asimismo, en la gran mayoría de los casos (95%) se accede directamente en coche hasta el portal del edificio. Una vez en el portal, en el 22,4% de las visitas se ha observado la existencia de escaleras o cuestas que dificultan el acceso a la vivienda.

Con respecto al interior del edificio, el 74,6% de las viviendas dispone de ascensor, no obstante, en muchos casos existen escaleras intermedias. En el 50,2% de la muestra total existen escaleras intermedias para acceder a la vivienda o entre el portal y el ascensor. Asimismo, el 30,6% de ellas disponen de rampas u otros sistemas alternativos, tales como elevadores para salvar las escaleras.

En relación al interior de la vivienda, en el 12,7% existen puertas o desniveles que no permiten el acceso a todas las estancias en silla de ruedas y/o andadores. Sobre todo se trata de escaleras o escalones en el interior de la vivienda, barreras en la distribución del baño y puertas estrechas. Asimismo, en el 37,7% de las viviendas hay bañera y el resto tiene ducha, aunque en la mayoría de las situaciones la ducha tiene un escalón que dificulta el acceso. De todas maneras, hay que señalar que no en todos los casos existen problemas de movilidad o dificultades para el acceso. En 7 casos han referido no utilizar la ducha por la imposibilidad de acceso a la misma, y como resultado el aseo se realiza en la cama. En el 3% de los casos en los que hay bañera, disponen también de asiento giratorio para ayudar en la higiene.

Finalmente, en todas las viviendas salvo en una hay iluminación natural y artificial. La única vivienda que no tiene iluminación natural es porque todas las habitaciones dan a un patio interior.

Ya se han descrito las dificultades más prevalentes en el baño, no obstante, el dormitorio de la vivienda también presenta en varios casos una dificultad para el cuidado. Tal y como anteriormente se ha señalado, la cama articulada es una de las ayudas técnicas que las personas cuidadoras más han demandado cuando se les ha explicado, no obstante, únicamente en el 22,4% de los casos disponen de esta ayuda técnica, de las cuales, el 31,5% han sido compradas por las propias familias o se las han prestado otros familiares, según refieren por falta de información sobre la existencia de las ayudas técnicas o por la urgencia de la necesidad. En algunos casos se ha observado que las

familias han tenido que adecuar otro espacio del domicilio (en la mayoría de casos el salón) por tener barreras arquitectónicas que dificultan el acceso a la habitación.

Cuando se pregunta a las familias si consideran que la vivienda y sus características suponen algún inconveniente para la labor de cuidados y para la calidad de vida de la persona en situación de dependencia, el 64,8% de ellos responde que no. En los casos en los que se considera una dificultad (36,2% de los casos), en la mayoría de las ocasiones es debido a dificultades en el acceso a la vivienda (escaleras, falta de ascensor) y en el baño (bañera).

Entre los objetivos de la entrevista en el domicilio está conocer el espacio en el que vive la persona dependiente para valorar la adecuación del contexto (relacional) y del entorno (físico). Por tanto, se considera imprescindible realizar una visita en el domicilio para ubicar a la persona en su entorno y conocer la situación de manera integral, ya que se observan y perciben cuestiones que sólo realizando una visita domiciliaria se pueden apreciar. En este sentido, y como se desprende de los datos recabados, la vivienda supone para un tercio de la muestra un inconveniente tanto para la labor de cuidados como para la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, resultado a tener muy en cuenta por el impacto que la vivienda ejerce sobre las personas (aislamiento, mayor dependencia, etc.).

6.1.3. Persona cuidadora

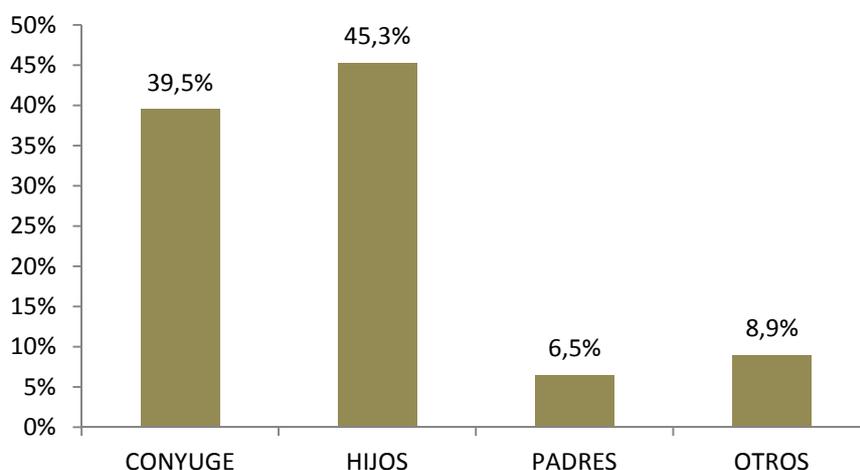
En el siguiente apartado se describe la información recabada en relación a las personas cuidadoras. Es importante destacar el papel central que estas personas adquieren, para su sorpresa, a lo largo de las entrevistas en el domicilio. Ninguna de ellas espera que la gran parte de la entrevista se centre en ellas, hecho que hace que en un inicio se sientan algo incómodas. Sin embargo, tras la visita la gran mayoría de las cuidadoras se sienten agradecidas por la atención recibida.

6.1.3.1. Organización de los cuidados

Las personas cuidadoras pasan la mayor parte del día con la persona a la que ayudan. Muestra de ello es que en la mayoría de los casos tienen la percepción subjetiva de pasar “todo el día con ella”. En la gran mayoría de las ocasiones la residencia de la persona en situación de dependencia es fija y permanente, detectándose únicamente 2 casos en los que existe rotación de esta persona en varios domicilios.

La vinculación de parentesco entre la persona cuidadora y la persona en situación de dependencia es, tal y como se muestra en la siguiente ilustración, mayoritariamente de hijos/as (43,5%) y cónyuge (39,3%). Además de la persona cuidadora y la persona dependiente, en el 59,3% de los casos conviven en el domicilio más personas, como son el cónyuge y/o hijos de la persona en situación de dependencia (los más prevalentes), seguido de padre y hermanos, sobre todo en los casos en los que esta persona es joven.

Ilustración 11. Relación de parentesco entre persona cuidadora y persona en situación de dependencia (en porcentajes)



Pese a que en más de la mitad de los casos conviven varias personas en el domicilio de la persona dependiente, la tarea de cuidado recae en casi dos tercios de la muestra en un único cuidador (60,8%). Cuando los cuidados son compartidos, en la mayoría de los casos intervienen otros familiares de la persona en situación de dependencia (61,9% de los casos). No obstante, es importante destacar la presencia de contratación privada para compartir la tarea de cuidado, bien sea como único apoyo para el cuidador (17,9%) o en combinación además con otros familiares (20,2%).

La organización y dedicación a los cuidados se realiza de forma similar entre semana y el fin de semana en el 63,6% de los casos. Las personas cuidadoras llevan de media asumiendo ésta función durante 13 años (con un rango de 1 a 59 años), y en el 28,5% de los casos, atienden además de la persona dependiente a otras personas, bien sea por otras situaciones de dependencia o por estar a cargo de hijos o nietos menores. En este contexto de cuidados, son pocas (24,8% de la muestra) las

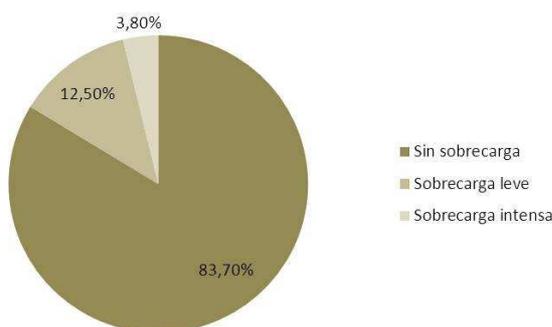
personas que realizan alguna actividad laboral o no laboral pero con dedicación de tiempo estable fuera del hogar.

6.1.3.2. Consecuencias del cuidado

En este apartado se describen las consecuencias tanto positivas como negativas que el cuidado ejerce sobre las personas cuidadoras.

En primer lugar, se puede decir que la muestra en su mayoría (83,7%) no presenta sobrecarga derivada del cuidado, según los resultados obtenidos a través de la escala de sobrecarga del cuidador -ZARIT (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Así, el 12,5% presenta sobrecarga leve y únicamente el 3,8% presenta sobrecarga intensa.

Ilustración 12. Sobrecarga derivada del cuidado (en porcentajes)



Al analizar más en profundidad las consecuencias negativas del cuidado sobre la persona cuidadora, se observa lo siguiente:

- **Impacto del cuidado en el ámbito de las relaciones familiares:** En general, podemos destacar que las relaciones familiares parecen no verse afectadas por el cuidado (82,7%). En los 37 casos en los que observa algún tipo de consecuencia en este ámbito, en la mayoría de los casos prevalece el hecho de que se ha disminuido el tiempo con la pareja y los hijos a causa del cuidado. Otro aspecto prevalente entre estos casos es la ruptura o los roces con hermanos (sentimiento de no tener apoyos de otros familiares o de que estos sean escasos, discusiones por no ponerse de acuerdo en aspectos como periodos vacacionales o solicitud de recursos, etc.). Finalmente, es importante destacar que en 10 de estos casos las consecuencias a nivel

familiar han sido severas, dando como resultado problemas tanto con hermanos como con pareja e hijos.

- **Impacto a nivel emocional:** Los datos obtenidos a este respecto reflejan la repercusión que en muchos casos el cuidado presenta en el ámbito emocional, dado que prácticamente la mitad de la muestra (47,7%) presenta algún tipo de impacto en este sentido. El estrés y la ansiedad es sin duda la consecuencia más prevalente, seguido de la irritabilidad y la apatía, respectivamente. Estos sentimientos suelen tender a ser continuados cuando el estrés no solo tiene que ver con la tarea de cuidados, sino que es generado por tener que compatibilizar muchas responsabilidades además de ésta, también cuando la persona dependiente demanda mucha atención o una presencia de la persona cuidadora de manera constante. En cambio, otras personas exponen que el estrés no es continuado, pero en algún momento se acentúa por motivos diferentes, tales como no dar con el tratamiento adecuado, altibajos en el estado de salud de la persona dependiente, momentos en los que hay trastornos de comportamiento etc.

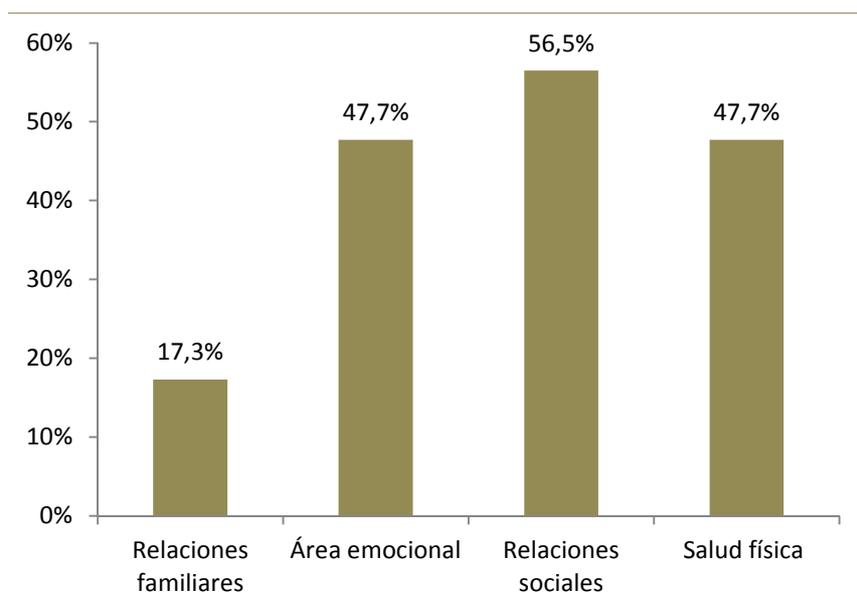
La culpa es un sentimiento que destaca por ser prácticamente inexistente según refieren las personas cuidadoras, ya que solo 3 cuidadoras han referido sentirse culpables. Además, son únicamente 8 los casos en los que se ha detectado una relación conflictiva con la persona en situación de dependencia. Es de subrayar que en el 14,9% de los casos en los que se ha detectado algún tipo de consecuencia en este ámbito, el impacto del cuidado ha sido intenso, dándose simultáneamente 3 o más indicadores de los anteriormente expuestos.

- **Impacto a nivel de relaciones y vida social:** Más de la mitad de las personas cuidadoras (56,5%) han expresado algún tipo de impacto que el cuidar les ha acarreado en su vida social. Mayoritariamente han destacado la disminución que han sufrido en su tiempo de ocio. La disminución de la relación con los amigos, del tiempo de trabajo y la demora en los proyectos no son indicadores tan prevalentes, aunque tienen todos ellos un peso relativo (se han dado aproximadamente en el 15% de los casos). Un dato destacable en este sentido es el hecho de que en 19 casos (15,8% de las personas que presentan algún impacto en este ámbito), el impacto a nivel social ha sido muy relevante, encontrándose 3 o más indicadores de los 4 anteriormente descritos. Es de destacar también que en muchas de las familias en las que los

cuidados son compartidos, la repercusión a este nivel es inferior, ya que refieren poder arreglarse entre ellos para que todos puedan tener tiempo libre.

- **Impacto en la salud física:** El impacto que el cuidado presenta en la salud física es destacada, a juzgar por los datos obtenidos en las entrevistas. Casi la mitad de la muestra de Irun (47,7%) presenta algún tipo de consecuencia en este sentido. Las lesiones físicas son marcadamente las más prevalentes, seguido de las alteraciones de sueño y la pérdida de energía (sensación de cansancio continuo, sensación de cansancio psicológico o agotamiento, son algunas de las descripciones que las personas cuidadoras expresan de lo que sienten). Ninguna persona cuidadora ha referido un consumo excesivo de medicamentos (aunque varias de ellas refieren necesitar medicación para dormir) ni alteraciones en el apetito, y únicamente en dos casos se expresa el aumento de consumo de tabaco y café. En prácticamente el 15% de las personas que presentan algún tipo de consecuencia a nivel físico, el impacto del cuidado está siendo importante, encontrándose 3 o más indicadores en este sentido.

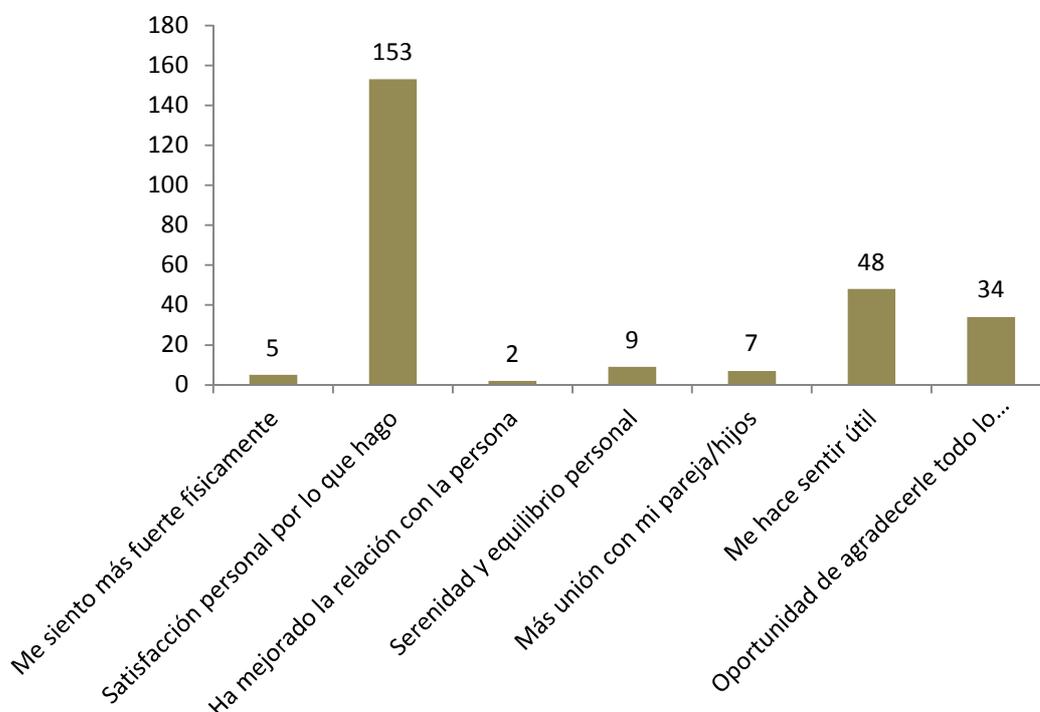
Ilustración 13. Impacto del cuidado en las relaciones familiares, el área emocional, en las relaciones social y en la salud física (en porcentajes)



Las personas cuidadoras también han señalado consecuencias positivas derivadas del cuidado. Tal es así que el 78% de las personas entrevistadas han indicado algún tipo de impacto en este sentido. Así, la consecuencia más prevalente es la satisfacción personal que sienten por el hecho de cuidar de la persona en situación de dependencia, seguido de la sensación de sentirse útil y de sentir que el cuidar les da la oportunidad de devolver a la persona dependiente todo lo que ésta ha hecho por ellos/as a lo largo de su vida.

En la siguiente ilustración se muestra la frecuencia de las consecuencias positivas que las personas cuidadoras han indicado tener como resultado de la tarea de cuidar. Es importante mencionar que cada persona cuidadora ha podido expresar más de una consecuencia, razón por la cual los datos se presentan en frecuencias. En este sentido, cabe señalar que el 8,4% de las personas que han expuesto consecuencias positivas derivadas del cuidado, presentan 3 o más consecuencias positivas, lo que indica que su labor de cuidados y apoyo les reporta una alta satisfacción.

Ilustración 14. Consecuencias positivas derivadas del cuidado (en frecuencias)



Tal y como se visualiza en la tabla, la satisfacción por lo que las personas cuidadoras hacen por la persona dependiente es la consecuencia positiva prevalente. En este sentido, refieren sentirse satisfechos ya que están haciendo todo lo posible en su etapa final y consideran que se sentirán "en paz" cuando sus seres queridos ya no estén. Añaden que saben que les están dando la mejor calidad de vida posible.

6.1.3.3. La tarea de cuidar

En coherencia con lo descrito anteriormente, las personas cuidadoras refieren que el mayor grado de afectación en su dedicación y relación de cuidados está relacionado con sus sentimientos y emociones (23,6%), por encima del tiempo que dedican a los cuidados (21,2%) y de la dedicación física de las tareas de apoyo (18%).

Pese a que en la mayoría de los casos, tal y como se ha expuesto con anterioridad, los cuidados son asumidos por una única cuidadora, el 92,9% de las entrevistadas dispondría de alternativas de ayuda para los casos en los que la cuidadora no pudiera ejercer su función, como por ejemplo por encontrarse enferma, fuera del domicilio, etc. En estos casos, sería principalmente otro familiar quien asumiera dicha función (en 154 casos), aunque en muchos casos han referido que este apoyo sería algo excepcional con lo que no pueden contar en el día a día sin un motivo de fuerza mayor. En 13 casos, la alternativa a la cuidadora principal sería en forma de contratación privada y en 31 casos una combinación de ambas opciones.

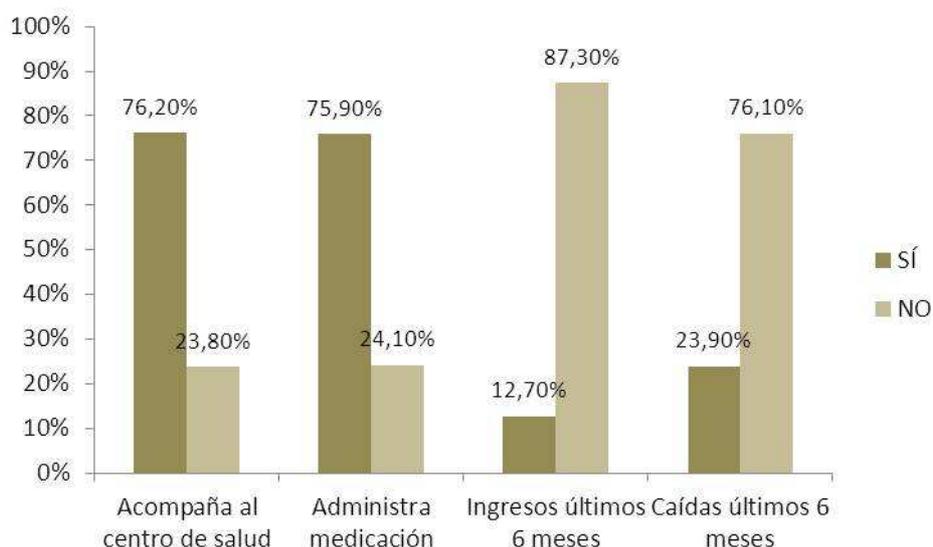
Es de resaltar el hecho de que casi la mitad de la muestra (46,3%) refiere haber recibido alguna vez orientaciones y consejos sobre las tareas de cuidado de la persona dependiente. Así, las orientaciones provienen principalmente del centro de salud, aunque las cuidadoras destacan el papel de las asociaciones en este sentido.

En relación a las actividades de cuidado, se preguntó a las personas cuidadoras por aquellas tareas que les suponen un mayor tiempo de dedicación, por las que presentan mayor grado de dificultad y por aquellas en las que requieren de ayuda para su desempeño. Así, en cuanto al tiempo de dedicación, son las tareas domésticas, las de higiene y las de cuidados corporales las que más tiempo les resta, respectivamente. En cuanto al grado de dificultad, cuatro tareas destacan por

encima del resto. En orden de prevalencia, estas tareas son; higiene, acostar/levantar, desplazamientos fuera del hogar y tareas domésticas. Finalmente, son las tareas de higiene, desplazamientos fuera del hogar, tareas domésticas y acostar/levantar respectivamente las más prevalentes con respecto a la necesidad de ayuda.

Además de las tareas anteriormente descritas, las personas cuidadoras acompañan en el 76,2% de los casos a las personas dependientes al médico. En los últimos 6 meses, han acudido una media de 5 veces al Centro de Salud, con un rango de 1 a 20 veces. Además, casi la misma proporción de cuidadoras (ver ilustración 9) administra la medicación que la persona en situación de dependencia debe tomar. Continuando con el ámbito sanitario, algo más del 10% de las personas dependientes ha tenido algún ingreso en los últimos 6 meses, concretamente, han presentado 1 ingreso de media (rango de 0 a 4). Asimismo, casi un cuarto de la muestra se ha caído en los últimos 6 meses, tal y como se observa en la siguiente ilustración. La media de caídas se sitúa en 2, con un rango de 1 a 15.

Ilustración 15. La situación de la persona dependiente desde el punto de vista sanitario (en porcentajes)



En concordancia con los datos expuestos hasta el momento, en general la persona cuidadora dedica la mayor parte del día al cuidado, según indican, 22 horas de media con un rango de 8 a 24 horas. Como señalan varias cuidadoras, las tareas activas de cuidado (tales como ducha, comer,

acostarles, etc.) no ocupan todo el día, pero sus familiares dependientes precisan de supervisión continua a lo largo de todo el día, por tanto, no pueden dejarles solos y necesitan “dedicación absoluta”. A la luz de estos datos, no es de extrañar que el 46,3% de la muestra exprese su deseo de disponer de algún tiempo para sí misma, en la mayor parte de casos para el ocio o actividades que les gusta realizar y para estar con otros familiares.

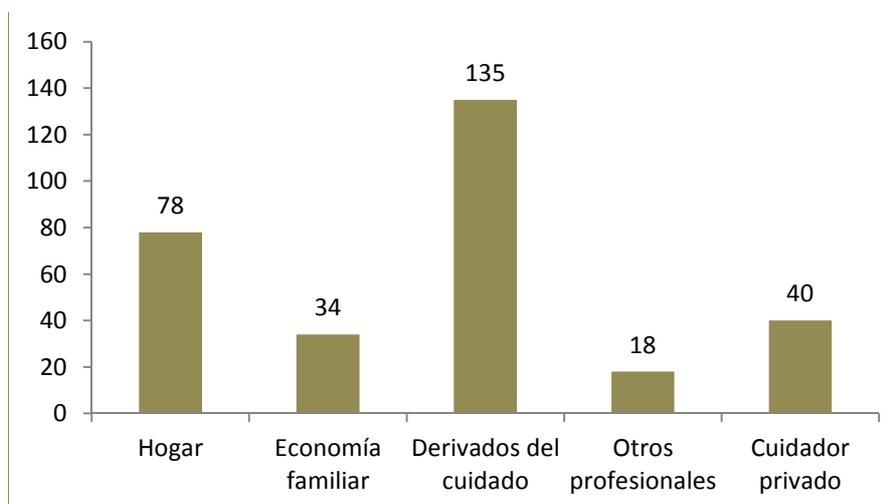
6.1.3.4. Servicios y prestaciones del SAAD como ayuda en la labor de cuidado

A lo largo de la entrevista en el domicilio, se explora el conocimiento de las personas cuidadoras en relación a los servicios y las prestaciones existentes en Bienestar Social. Asimismo, se les informa y asesora a este respecto con objeto de identificar servicios y/o prestaciones que pudieran ayudar en la tarea de cuidar.

En este sentido, tras dar los pasos descritos, se les pregunta si consideran que alguno de los recursos expuestos podría ayudarles en esta labor. El 61,5% de la muestra considera que sí les ayudaría, siendo los recursos mejor valorados las ayudas técnicas, la teleasistencia y otras prestaciones económicas como la Prestación económica de Asistencia Personal (PEAP) o la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS). Pese a que consideran que pueden ser de utilidad y ayuda, cuando se pregunta si han realizado alguna solicitud de los mismos, la mayoría de las cuidadoras responde que no (68,9%), lo que pudiera ser indicativo del desconocimiento existente a este respecto. En alguna ocasión, pese al conocimiento de dichos recursos, la solicitud no se ha realizado por negativa de la persona dependiente o de algún miembro de la familia.

La mayoría de las personas refieren utilizar la PECEF para el pago de cuestiones derivadas del cuidado como son pañales, farmacia, ayudas técnicas, etc. Otro de los aspectos con una alta prevalencia en este sentido es la contribución de la prestación para ayudar a pagar los gastos comunes y estables de mantenimiento del hogar. En la siguiente ilustración se exponen los aspectos para los que se utiliza la ayuda así como la frecuencia de respuesta de los mismos. Es importante señalar que se han podido proporcionar más de una respuesta por cada caso.

Ilustración 16. Aspectos a los que se dedica la PECEF (en frecuencias)



En línea con los resultados expuestos con anterioridad, el 13,6% de las personas cuidadoras ha considerado en alguna ocasión valorar otras posibilidades además de la PECEF, como combinar dicha ayuda económica con otros recursos del SAAD.

Un dato destacable es el hecho de que el 91,5% de las personas cuidadoras refieran no querer la orientación de algún profesional especializado con respecto a algún aspecto en el que encuentren dificultad. Este resultado concuerda con el hecho de que, pese a que las cuidadoras de personas con deterioro cognitivo reconocen que dicho deterioro supone una dificultad añadida a su labor de cuidar, la gran mayoría de ellas (92,9%) expresan disponer de habilidades para afrontar las situaciones que se les presenta en el día a día.

Tal y como se ha expuesto con anterioridad, las ayudas técnicas son muy bien valoradas por las personas cuidadoras, y es que pese a que la mayoría de la muestra no encuentra aspectos en su vivienda que dificulte la tarea de cuidado, para el 36,2% las características de su vivienda suponen un inconveniente para la labor de cuidados y para la calidad de vida de la persona en situación de dependencia. Así, son el acceso a la vivienda (portal, ascensor, escaleras, etc.) y el baño, los lugares en los que más dificultades se detectan.

Finalmente, hay que subrayar la buena aceptación que la visita a domicilio ha tenido por parte tanto de las cuidadoras como de las personas en situación de dependencia, ya que al 97,6% de la muestra le ha parecido adecuado el seguimiento desde los Servicios Sociales Municipales, considerando idóneo cualquier tipo de seguimiento, bien sea una visita periódica en el domicilio,

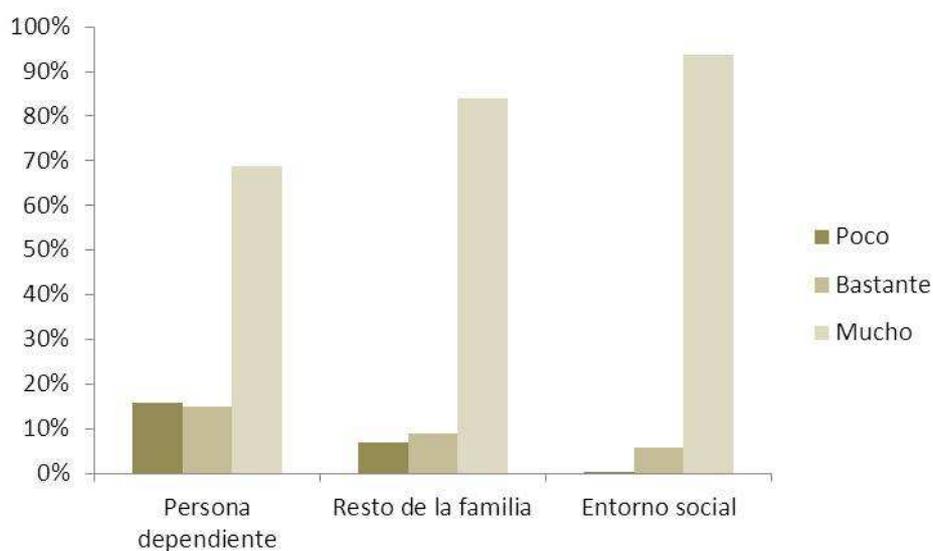
una llamada telefónica o una cita en los Servicios Sociales de Base. Únicamente en el 3,8% de los casos, la visita ha sido percibida como una invasión de la intimidad de las familias.

6.1.3.5. Reconocimiento del rol de la persona cuidadora

Ante la pregunta de cómo definiría la persona cuidadora su relación con el entorno más cercano, la gran mayoría de ellas expresa que es buena tanto con la persona en situación de dependencia, como con el resto de la familia y su entorno social. Únicamente el 1% de ellas ha expresado tener una mala relación con la persona dependiente y el 3,3% una mala relación con el resto de la familia. De las tres dimensiones estudiadas (persona dependiente, familia y entorno social), se observa que, pese a no ser muy significativa, una regular o mala relación se da con mayor frecuencia con respecto al resto de la familia.

Asimismo, las personas cuidadoras expresan ser reconocidas y valoradas con respecto a su papel de cuidadora en la gran mayoría de los casos (ver siguiente ilustración), sin embargo, es de destacar que el 16% de la muestra refiere sentirse poco valorada por parte de la persona en situación de dependencia. En estos últimos casos se debe tener en consideración que en algunos casos el estado cognitivo de la persona en situación de dependencia no permite expresar dicha valoración, al no tener la capacidad de comprender la situación ni de valorarla.

Ilustración 17. Valoración del rol de cuidadora por parte del entorno (en porcentajes)



En este apartado se ha descrito la situación de las personas cuidadoras. En general, se podría decir que las personas cuidadoras han asumido su rol y se han adaptado a ella de una manera óptima. Así, pese a la gran carga que en muchos casos soportan sin tener en varias ocasiones con quien compartir los cuidados, no es elevada la sobrecarga derivada del cuidado que presentan. Sin embargo, los datos dejan entrever las repercusiones que el cuidar tiene en sus vidas, contrarrestada en muchas ocasiones por la satisfacción personal que sienten por lo que hacen. En este sentido, es importante destacar el impacto que el cuidado ejerce a nivel emocional sobre las cuidadoras, hecho al que es importante prestar atención por las repercusiones que a largo plazo pudiera ocasionar.

Otro aspecto a considerar es el hecho de que las personas cuidadoras hayan podido maquillar de alguna manera la situación. Como ya se ha expresado con anterioridad, la visita al domicilio no se vive como algo natural, sino como algo excepcional, y como excepcional se experimenta también el hecho de que la gran parte de la entrevista se centre en ellas. Esta realidad, junto con el temor a que se les esté evaluando o incluso se valore la idoneidad de la prestación en su caso, ha podido influenciar sus respuestas.

6.1.4. Persona en situación de dependencia

A continuación se describen los datos obtenidos de la entrevista a las personas en situación de dependencia.

Al comienzo de la entrevista con la persona en situación de dependencia, se observa la capacidad de la persona para seguir la entrevista. En relación a esto, se valora la existencia de deterioro cognitivo, la capacidad de mantenimiento de una conversación y la actitud colaboradora o no de la misma. En el municipio de Irun, el 91,9% de estas personas han presentado una actitud cordial y de cooperación hacia la entrevistadora. No obstante, se ha detectado deterioro cognitivo en el 25,2% de los casos. Asimismo, el 20,3% de la muestra presenta incapacidad para mantener una conversación (bien por dificultades en el habla, por dificultades en la comprensión, por dificultades auditivas, etc.).

6.1.4.1. Recepción de cuidados

De las personas que tienen capacidad para mantener una conversación (169 personas), el 99,4% refieren sentirse satisfechos con la atención que reciben. La gran mayoría (98,7%) considera que ha dispuesto de su médico siempre que lo ha necesitado, bien sea porque ha acudido al centro de salud o porque el médico se ha acercado al domicilio. Asimismo, las personas en situación de dependencia en su totalidad consideran que son atendidos siempre que solicitan ayuda para algo y piensan que esa respuesta es además rápida.

En relación a la calidad del cuidado, se han detectado 20 casos (9,3% de la muestra) de sospecha o evidencia de trato inadecuado por parte de la persona cuidadora hacia la persona en situación de dependencia. En 12 casos existe sospecha de trato no adecuado en diversos aspectos relacionados con el cuidado, siendo los más prevalentes las caídas de repetición y las mínimas conversaciones entre la persona dependiente y su cuidadora. En 8 casos se ha constatado alguna evidencia en este sentido, prevaleciendo por encima del resto de indicadores las caídas de repetición y el pobre cuidado personal. En la siguiente tabla se muestra la frecuencia de indicadores de trato no adecuado (se pueden dar más de un indicador por caso).

Tabla 24. Indicadores de trato no adecuado (en frecuencias)

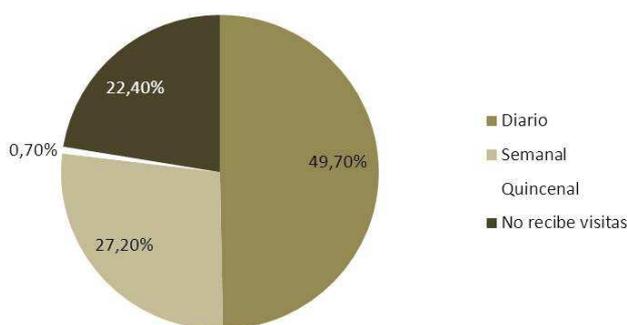
Trato no adecuado	Sospecha	Evidencia
Mala nutrición	1	0
Pobre cuidado personal, ropa sucia	3	2
Deshidratación	0	0
Mala higiene en la vivienda	2	1
Caídas de repetición	12	3
Comportamiento temeroso o reacio a contestar	2	0
Se evita que se tengan conversaciones privadas	1	0
Falta de prótesis ante necesidad	2	0
Negativa en la toma de decisiones	0	1
Infantilización	0	1
Intimidación verbal	0	0
Mínimas conversaciones entre la persona y su cuidadora	6	0
Mucho tiempo sola al día	2	0
Negativa a relacionarse con otras personas	1	0
Otros indicadores	4	1

Como se puede observar en la tabla, en 4 casos se ha hallado algún indicador de sospecha de trato no adecuado que no puede ser englobado en el resto de indicadores, de ahí que hayan sido clasificados dentro de la categoría “otros indicadores”. Los motivos de sospecha han sido; sobreprotección de la persona en situación de dependencia (2 caso) y tipo de comunicación inadecuada hacia ella (2 casos). El único caso de evidencia que se ha constatado en el grupo de “otros indicadores”, viene motivada por la declaración explícita de malos tratos que refiere la persona en situación de dependencia.

Con respecto a las relaciones que mantienen con su entorno más cercano, el 94% de las personas en situación de dependencia refiere tener buenas relaciones con su entorno próximo y en su mayoría (93,9% de los casos) se sienten satisfechos con las mismas.

Las personas en situación de dependencia son preguntadas además por la frecuencia con la que reciben visitas. A este respecto, se observa que casi la mitad de las personas entrevistadas reciben visitas a diario, seguidos por las que las reciben semanalmente (ver siguiente ilustración). Es destacable sin embargo, que el 22,4% de la muestra refiere no recibir visita alguna.

Ilustración 18. Recepción de frecuencia de visitas (en porcentajes)

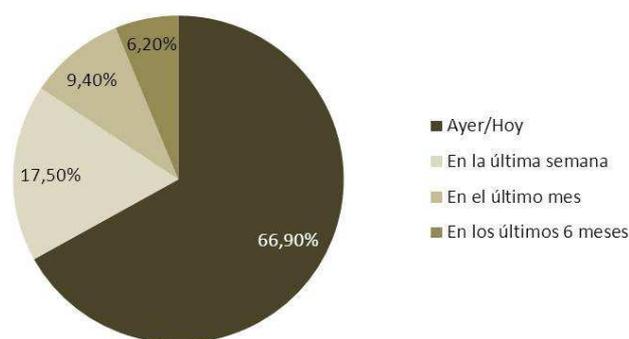


De las personas que reciben visitas a diario, en la mayoría de los casos las visitas se realizan por parte de hijos/as y nietos/as.

Finalmente, se pregunta a las personas en situación de dependencia cuándo han salido por última vez del domicilio. Así, es de destacar que casi el 70% de la muestra ha salido a la calle el mismo día

de la entrevista o el día anterior. Sin embargo, el 15,6% de las personas entrevistadas no ha salido de su domicilio en el último mes o en los último 6 meses, tal y como se puede observar en la siguiente ilustración.

Ilustración 19. Salidas fuera del domicilio (en porcentajes)



Los motivos más prevalentes por los que las personas habitualmente salen a la calle son, para dar un paseo y para acudir al médico.

6.1.4.2. Servicios y prestaciones del SAAD

En los casos en los que las personas en situación de dependencia no presentan deterioro cognitivo, se les ha preguntado por el uso de diversos recursos sociales. El 31,9% de las personas entrevistadas han acudido alguna vez a un Centro de Día o una estancia temporal y/o han dispuesto de teleasistencia, de SAD o de alguna ayuda técnica.

De los más de dos tercios de personas que no han acudido a ninguno de estos recursos, la mitad de ellos ni siquiera los conoce (50%). Cuando se les pregunta si dispondrían de alguno de ellos, el 57,1% de la muestra afirma que sí.

Estos datos hacen entrever la necesidad de informar y orientar a las personas en situación de dependencia en relación a las prestaciones y servicios existentes, ya que a la luz de los resultados obtenidos, existe desconocimiento de los mismos.

Como se puede concluir de lo expuesto con anterioridad, las personas en situación de dependencia parecen estar altamente satisfechos con los cuidados que reciben, tanto por parte de la cuidadora principal, como por parte de los servicios sanitarios, y no son muchos los casos en los se han detectado situaciones de trato no adecuado. Sin embargo, menos de la mitad de la muestra recibe visitas a diario y un porcentaje significativo de personas (casi el 16%) no han salido a la calle en el último mes. Ambos aspectos deben tomarse en consideración, dado que podrían llevar al aislamiento a la persona en situación de dependencia.

Una reflexión importante tras las visitas domiciliarias, es el hecho de que las personas en situación de dependencia podrían haber positivado su situación con respecto a los cuidados por miedo a ser llevados a algún recurso residencial. Esta hipótesis toma fuerza en el apartado en el que las personas son informadas de los recursos existentes para ellas. El miedo y la incomodidad se hace evidente en algunos casos y tratan de salir airoso de la situación con un “eso no es para mí” y un “yo aquí estoy muy bien, mejor que en ningún otro sitio”. De nuevo hay que subrayar que la visita al domicilio se percibe como algo excepcional, hecho que pudiera estar influenciando las respuestas de la persona en situación de dependencia.

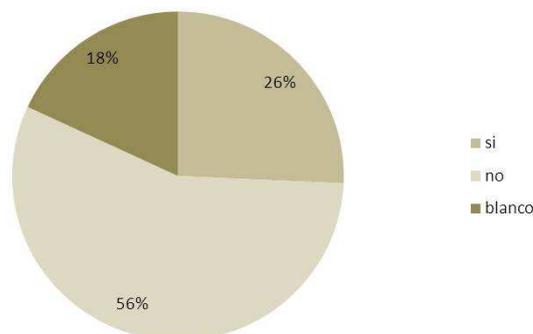
6.2. Principales resultados en Arrasate

6.2.1. Relaciones con servicios sociales

Uno de los ámbitos de interés es conocer la relación que con los servicios sociales mantienen las familias receptoras de la PECEF. Para ello se han explorado a través del cuestionario tres aspectos, la asistencia de las mismas al área de Bienestar Social de su municipio durante el último año, el conocimiento que tienen y la relación que mantienen en la actualidad con la trabajadora social de referencia y las solicitudes de servicios y prestaciones que han realizado en ese periodo.

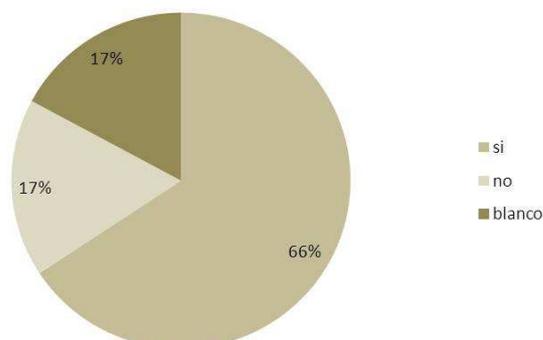
Respecto a la asistencia a los servicios sociales municipales, el 26% de las personas cuidadoras había acudido a los mismos a lo largo del año anterior.

Ilustración 20. Relación con Servicios Sociales de Base (en porcentajes)



Más de la mitad (66%) conocía y recordaba el nombre de la trabajadora social de referencia en los servicios sociales municipales y la tienen además como a una persona de confianza.

Ilustración 21. Conocimiento de la Trabajadora Social (en porcentajes)



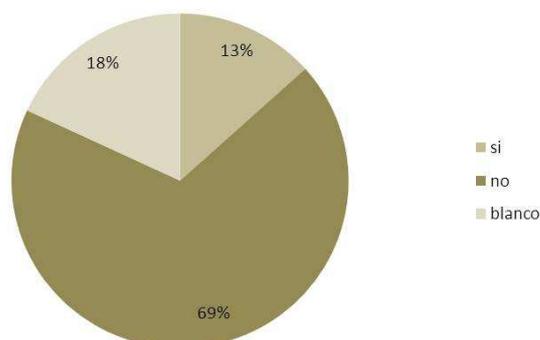
Los motivos principales por los que han acudido han sido muy variados y en su mayoría relacionados con la valoración de la dependencia y la solicitud de información o trámite de prestaciones y recursos:

1. Para solicitar la valoración inicial o revisión de dependencia BVD.
2. Para tramitar la valoración de discapacidad.
3. Para informarse y/o tramitar ayudas técnicas: eliminación de barreras en zona de baño.
4. Para tramitar solicitud de recursos: Centro de Día y/o Residencia Permanente.

5. Para informarse y/o tramitar la Estancia de Respiro.
6. Para informarse sobre otros recursos.
7. Para consultas sobre la PECEF o incidencias relacionadas con la misma.
8. Para solicitar la PEAP.
9. Para tramitar la Teleasistencia.
10. Está en intervención con la Trabajadora Social por tema de violencia de género y otros temas.

Un 13% se ha planteado solicitar alguna prestación o servicio además de la PECEF que dispone, relacionadas con ayudas técnicas, Centro de Día, valoración de discapacidad y Ayudas de Emergencia Social.

Ilustración 22. Intención solicitar otras prestaciones (en porcentaje)



6.2.2. Vivienda

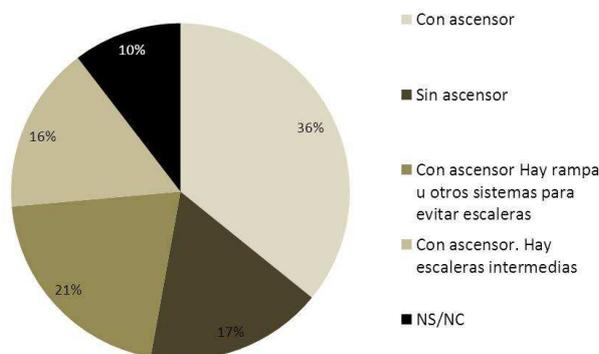
Uno de los aspectos importantes, desde el punto de vista de la dependencia, es el lugar donde las personas en situación de dependencia y sus cuidadoras desarrollan su vida. Las condiciones de la misma tienen implicaciones tanto en la persona dependiente, fomentando el desarrollo de su autonomía o dificultando el ejercicio de la misma, como en la persona cuidadora, favoreciendo o dificultando las labores de cuidado. Y en la adecuación del contexto (relacional) en el que se producen esos cuidados.

Se ha explorado el grado de adecuación de la misma a las necesidades de la persona en situación de dependencia y su cuidadora y se han identificado obstáculos y/o dificultades que puedan existir tanto para el desarrollo de la autonomía como en el desarrollo de la labor de cuidado.

Atendiendo al tipo de vivienda la mayoría de los casos vive en un piso y 8 de los casos reside en una vivienda unifamiliar.

En relación a la accesibilidad el 80,2% (77) de los casos dispone de ascensor, aunque de estos el 22% (17) tienen escaleras intermedias. El 19,8 % (19) no dispone de ascensor. Algunas personas con dependencia (9) tienen serias dificultades para poder salir de casa por dificultades de accesibilidad, por lo que salen en contadas ocasiones o para temas imprescindibles. En estos casos y durante las visitas domiciliarias, a las personas que requerían información sobre la posibilidad de poner ascensor se les ha orientado a que acudan a las oficinas de la Mancomunidad. También se les ha facilitado el número de teléfono de Etxebide para que consulten posibles alternativas a su situación de vivienda.

Ilustración 23. Accesibilidad de las viviendas (en porcentaje)



En el interior de la vivienda en 2 de ellas existen puertas o desniveles que no permiten el acceso a todas las dependencias con sillas de ruedas y/o andadores. En 24 domicilios las personas tienen bañera y 19 disponen de plato con sistema de acceso.

El dormitorio de la vivienda también presenta en varios casos una dificultad para el cuidado. En este sentido la cama articulada es una de las ayudas técnicas que las personas cuidadoras más han demandado cuando se les ha explicado.

La situación en la que se encuentra la vivienda y sus características suponen un inconveniente para la labor de cuidados y para la calidad de vida de la persona en situación de dependencia para el 37,7%, mientras que el 54,7% opina que no.

Se ha identificado que para un tercio de la muestra la vivienda supone un inconveniente tanto para la labor de cuidados como para la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, resultado que refuerza el impacto que la vivienda ejerce sobre las personas (aislamiento, mayor dependencia, etc.).

6.2.3. Persona cuidadora

La persona cuidadora, familiar cuidadora en este caso, ejerce un papel central en los cuidados en el domicilio. Por ello se ha explorado con especial interés a través de las entrevistas en los domicilios el ejercicio de su rol.

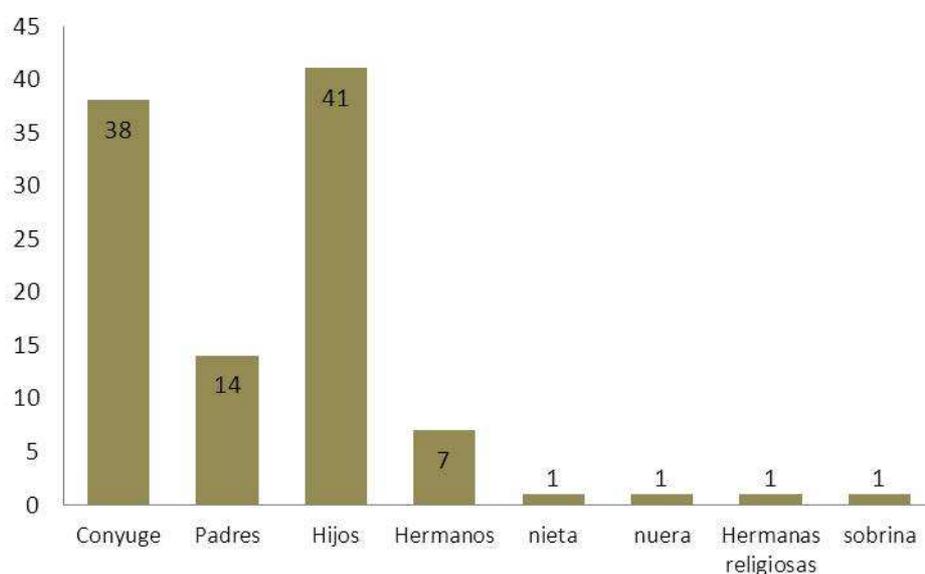
Aunque su figura es esencial no parecen estar acostumbradas a ser el centro de atención como agente clave en la relación de cuidados, como refleja la necesidad de reorientación de las expectativas que sobre la visita domiciliaria se habían generado. Centrándose de inicio, en muchos de los casos, casi exclusivamente en la persona dependiente, se manifiestan algo incómodas cuando se sienten objeto de la visita y especialmente agradecidas, al finalizar la misma, por la atención recibida.

Se han explorado aspectos en relación a la organización de los cuidados, sobre la tarea de cuidar y las consecuencias que tiene sobre ellas, así como los elementos que perciben les pueden ayudar en el ejercicio del cuidado y la percepción de reconocimiento de su rol por parte de otros agentes.

6.2.3.1. Organización de los cuidados

La vinculación de parentesco entre las personas cuidadoras y la persona dependiente se reparte entre el 37% que son cónyuges, otro 39% hijos, padres el 13%, hermanos 7% y otros (nieta, nuera, sobrina y hermanas) un 1% cada uno.

Ilustración 24. Relación de parentesco cuidadora – persona dependiente (en frecuencia)

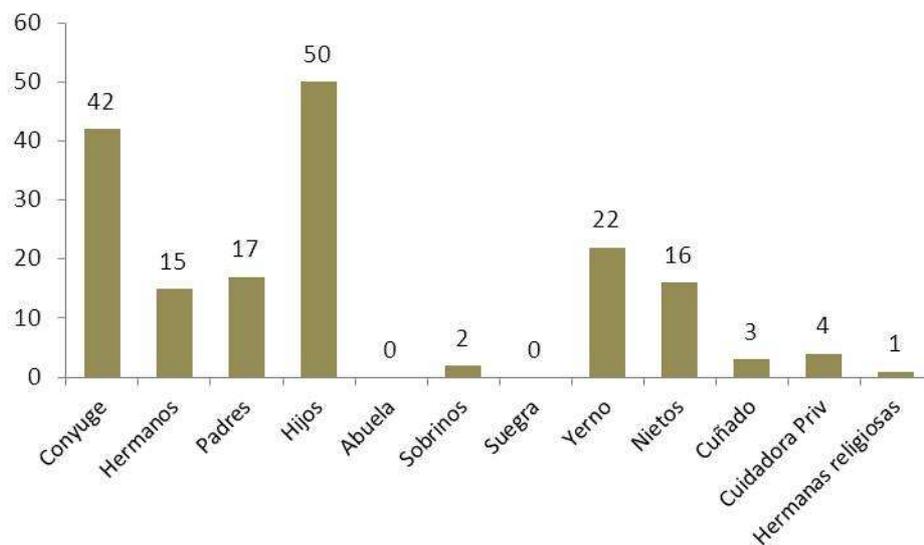


En relación a la convivencia, excepto en dos casos todas las personas cuidadoras conviven con la persona a la que atienden y apoyan, y en 3 de los casos existe algún tipo de rotación en varios domicilios. En el resto, la residencia es fija o permanente. En estos casos la rotación se realiza de la siguiente forma:

- Caso 1: La persona dependiente convive 6 meses en casa de su hija en Arrasate y otros 6 meses en casa de su otra hija en Gasteiz.
- Caso 2: La persona dependiente convive 4 meses en la vivienda de cada hijo. Dos de ellos residen en Arrasate y la tercera vive en Madrid.
- Caso 3: La persona dependiente vive en casa de su hija (cuidadora principal) pero se desplaza a su propia casa, en Arrasate, los fines de semana alternos para ser atendido por sus otros hijos.

En cuanto a qué personas conviven en el domicilio, en el 41% de los casos reside el conyugue, el 48% los hijos/as, yernos 21%, el 16% los padres, el 15% los nietos, hermanos el 14% y el 10% otros.

Ilustración 25. Personas que conviven en el domicilio (en frecuencia)



La tarea de cuidado recae sobre una única persona cuidadora principal en el 46,5% (40) de los casos, frente al 53,5% (46) en la que la tarea es compartida por otros familiares. En algunos casos, la persona cuidadora principal realiza los cuidados durante la semana (de lunes a viernes) y otros familiares cuidan fines de semana alternos. Esta situación se da sobre todo cuando los cuidadores son los hijos, en los que uno de ellos convive con la persona dependiente. En un par de casos, durante las visitas, nos han enseñado calendarios de cómo tienen organizados los turnos y como se ponen notas o avisos entre ellos en el calendario.

La organización y dedicación a los cuidados se realiza de forma similar de lunes a domingo en el 94% de los casos. Éstos cuidados se prestan de manera formal desde hace 9 años de media (con un rango de 2 a 30 años). El 24,7% (26) de las personas cuidadoras realiza alguna actividad laboral (o no laboral pero con dedicación estable de tiempo) fuera del hogar. Otro 25,7% atiende a otras personas además de a su familiar dependiente (sea por dependencia, sean nietos,...o por otras

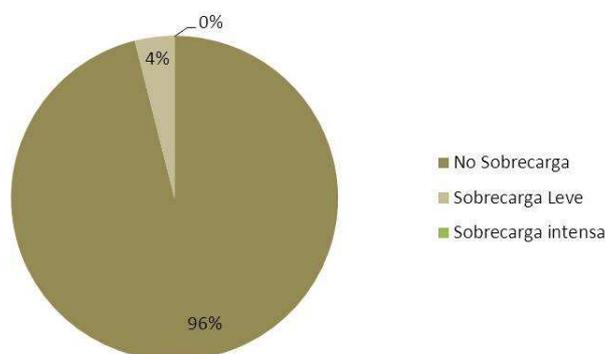
responsabilidades). Estas personas son en su mayoría familiares diversos: madre, hijos, hermanos, maridos, cuñados, suegra o nietos.

6.2.3.2. Consecuencias del cuidado

Diversos estudios reportan las consecuencias que la tarea de cuidar tiene sobre la persona que la realiza. Éstas son tanto positivas como negativas. Se ha explorado la sobrecarga percibida que las familiares cuidadoras expresan tanto a nivel global como en ámbitos relevantes como las relaciones familiares y vida social, las emociones y la salud física.

En primer lugar, se puede decir que la muestra en su mayoría (96%) no presenta sobrecarga derivada del cuidado, según los resultados obtenidos a través de la escala de sobrecarga del cuidador -ZARIT (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Así, el 4% presenta sobrecarga leve y no se han detectado casos con sobrecarga intensa.

Ilustración 26. Sobrecarga derivada del cuidado (en porcentajes)



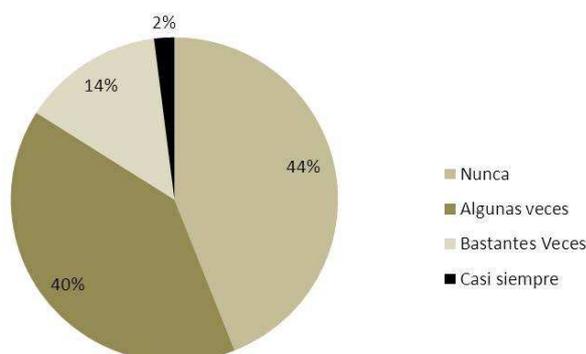
Al analizar más en profundidad las consecuencias negativas del cuidado sobre la persona cuidadora, se observa lo siguiente:

- En relación al **impacto que el cuidado puede tener en el ámbito de las relaciones familiares** la mayoría (88,2%) considera que el cuidar de su familiar no afecta negativamente a la relación que tienen con otros miembros de la familia. El 6,8% piensa que algunas veces y otro 2,9% que bastantes veces o casi siempre. La

consecuencia principal es la disminución de tiempo con pareja e hijos (13), problemas con la pareja e hijos (1) y roces / ruptura con los hermanos (1).

- El **impacto a nivel emocional o de sentimientos** el 17% refiere sentirse agobiados algunas veces por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades, y al 7% le ocurre bastantes veces o casi siempre. Nadie presenta sentimientos de enfado o vergüenza por la conducta de su familiar. 29 personas cuidadoras tienen miedo por el futuro de su familiar, de ellas 16 algunas veces y 12 bastantes veces o casi siempre (1). El 50,9% piensa que su familiar depende de él bastantes veces o casi siempre, y otro 12% que algunas veces. 6 personas opinan que podrían cuidar mejor de su familiar. 22 personas cuidadoras tienen sensación de estrés o ansiedad, 2 apatía y pérdida de motivación y 1 sentimientos de culpa.
- En el **ámbito de las relaciones sociales y vida social** el 56% de las personas cuidadoras opina que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar, (40% que algunas veces, 14% que bastantes y 2% que casi siempre). 55 cuidadoras, algo más de la mitad de la muestra, considera que el cuidar de su familiar disminuye su tiempo de ocio, y de estas 5 consideran además que hace que se demoren otros proyectos. 4 refieren que disminuye la relación con los amigos, y 3 han tenido que dejar o reducir la jornada de trabajo.

Ilustración 27. Impacto del cuidado en la vida social (en porcentajes)



- El 17% (18) percibe que su **salud física** ha empeorado algo (14) o bastante (4) debido a tener que cuidar de su familiar. De éstos 7 describen alteraciones de sueño (despertar de madrugada, dificultad para conciliar el sueño, demasiado sueño, etc.) y 3 describen pérdida de energía, fatiga crónica y/o sensación de cansancio continuo. El 79% nunca ha percibido estos efectos.

En relación a la carga derivada del cuidado:

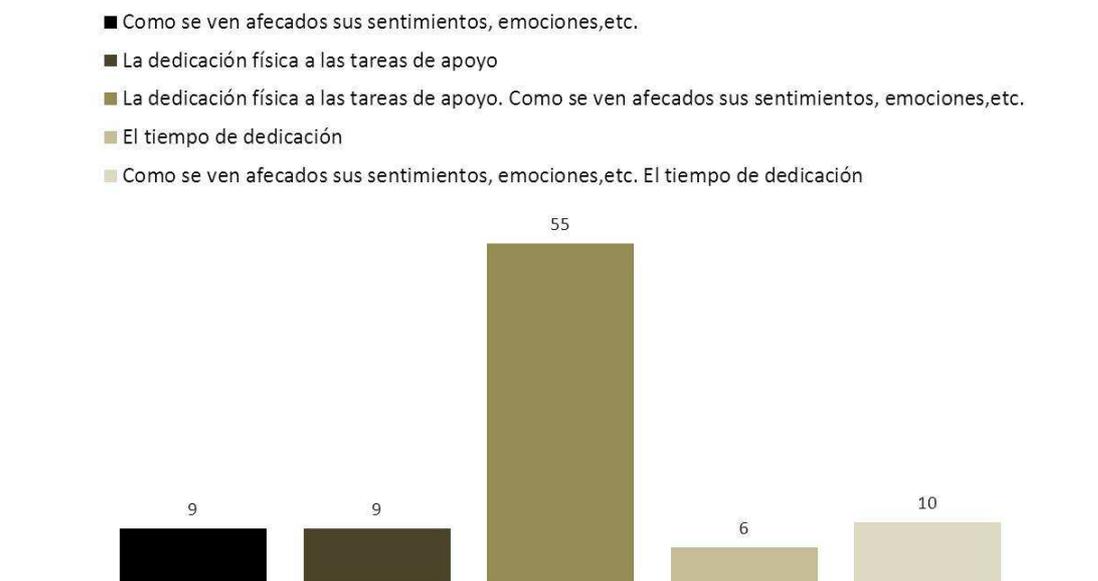
- Un 5% considera que su familiar le pide algunas veces (5) o bastantes veces (1) más ayuda de la que realmente necesita.
- 46 personas (44 %) piensan que no disponen de suficiente tiempo para ellas por el tiempo que dedican al cuidado.
- El 17,4% piensan que su familiar les considera la única persona que le puede cuidar.
- Casi nadie (99%) considera que le faltan ingresos para los gastos del cuidado.
- La mayoría piensa que es capaz de continuar el cuidado por más tiempo aunque un 7,7% (8) piensa algunas o bastantes veces que no será capaz.
- Nadie quiere dejar el cuidado a otra persona ni siente que ha perdido el control de su vida y sólo 2 personas se sienten algunas veces indecisas de qué hacer con su familiar.
- El 38,2% de las personas cuidadoras experimenta algunas (32) o bastantes veces (7) una sensación de carga por el hecho de cuidar de su familiar.

En relación a los impactos positivos del cuidado, para casi la mitad (42) de las personas cuidadoras la labor de cuidados está teniendo como consecuencia una mayor satisfacción personal por lo que hace, para alguna (2) además le da la oportunidad de agradecerle todo lo que ha hecho por ella a lo largo de la vida. Finalmente, alguna siente que ha mejorado la relación con la persona a la que cuida.

6.2.3.3. La tarea de Cuidar

Más de la mitad de las personas cuidadoras (74) considera que en la tarea de cuidado le afecta tanto la dedicación física a las tareas de apoyo (65) cómo sus sentimientos y emociones (75). En el grado de afectación (de 1 a 5) la dedicación física a las tareas de apoyo puntúa algo superior (1,7) al tiempo de dedicación y a los sentimientos (1,4).

Ilustración 28. Efectos del cuidado en la persona cuidadora (en frecuencia)



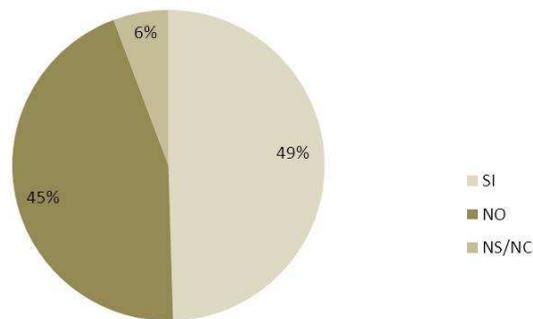
La mayoría de las personas cuidadoras (86,89%) dispone de alternativas de ayuda para la atención en caso de no disponibilidad frente al 13,2% que no las tiene. En la mayoría de los casos (78) sería otro familiar, en 4 casos la alternativa sería la contratación privada y en 8 ambas opciones.

Sólo 1 de cada 4 (26,4%) ha recibido alguna vez orientaciones, consejos etc., para sus tareas de cuidado, principalmente desde su centro de salud o por acudir a sesiones grupales o cursos. El 73,6% no ha recibido ninguna orientación. Al 18,9% le gustaría que algún profesional especializado le oriente y/o enseñe algún aspecto en los que puede que encuentren dificultades, sin embargo el 78,3% refiere no necesitarlo. Las personas cuidadoras que piensan que no necesitan orientación, consejo, etc. para sus tareas de cuidado, en su mayoría refieren que llevan mucho tiempo atendiendo a la persona dependiente y que han aprendido por su cuenta y se arreglan bien. Muchos refieren que quizás al principio les hubiera venido bien ese tipo de apoyo.

Las actividades y apoyos que suponen más dedicación son las de la realización de la comida y las tareas domésticas como la compra y el cuidado de la vivienda, y más dificultad el levantar y/o acostar, higiene, vestido y comida.

En general la persona cuidadora dedica la mayor parte del día al cuidado, bien en tareas activas de cuidado, tareas de supervisión en domicilio o comunes de mantenimiento de la casa (compras, etc.). Se estima una media de algo más de 2,5h de tareas activas por la mañana y otro tanto por la tarde. A casi la mitad de las personas cuidadores principales (49,1%) le gustaría disponer de algún tiempo libre para sí mismo.

Ilustración 29. Deseo de disponer de tiempo libre (en porcentaje)



En cuanto al punto de vista sanitario, el 77,4% acompaña al Centro de Salud y el 65,1% administra medicación a su familiar frente al 34% que no lo hace.

El 16% de los casos ha tenido algún ingreso en los últimos 6 meses, y el 17,9% ha sufrido alguna caída en los últimos 6 meses.

Los cambios asociados a la enfermedad (pérdida de memoria, trastornos del comportamiento...) le suponen al cuidador una dificultad añadida a su labor en el 37,7% de los casos. El 33% percibe que dispone de habilidades suficientes para afrontar los cambios asociados a la enfermedad y al cuidado.

6.2.3.4. Servicios y prestaciones del SAAD como ayuda en la labor de cuidado

El conocimiento que la persona cuidadora tiene en relación a los servicios y las prestaciones existentes en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y la percepción del apoyo que éstos puedan prestarle son claves para su demanda y su utilización.

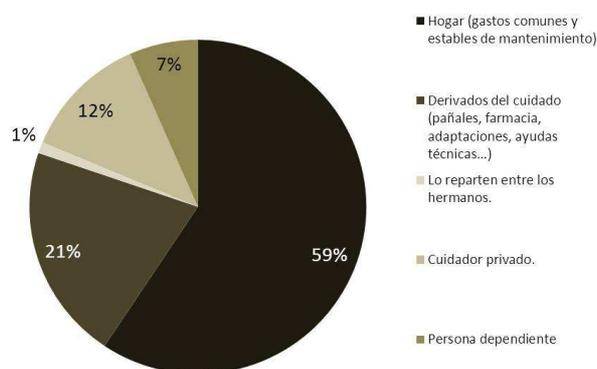
Se han explorado estos aspectos y se ha aprovechado la entrevista en el domicilio para informarles y asesorarles sobre estos aspectos con el objetivo de identificar servicios y/o prestaciones que pudieran ayudarles en la tarea del cuidado.

En este sentido se les ha preguntado si consideran que ante una relación de recursos alguno podría ayudarles en esta labor. Los aspectos que consideran que les podría ayudar en su labor de cuidados son Teleasistencia (3), Ayudas Técnicas (8), SAD (2), Centro de Día, ascensor, Asociación Atzegi, una persona contratada por la familia, Estancias Temporales y cursos. Un 25,4% de las personas cuidadoras cree que necesita ese apoyo o servicio.

Solo 5 casos de la muestra (4,7%) han realizado solicitud para algún servicio o centro residencial frente al 90,6% que no lo ha hecho.

La prestación se dedica principalmente a gastos de hogar (gastos comunes y estables de mantenimiento) en 55 casos, seguido de gastos derivados del cuidado (pañales, farmacia, adaptaciones, ayudas técnicas...) y de la contratación de un cuidador privado (11). En 6 casos el importe se guarda en la cuenta de la persona dependiente.

Ilustración 30. Principal destino de la prestación económica (en porcentajes)



La mayoría de las personas cuidadoras (93,4%) no consideran necesario combinar la PECEF que reciben con otros servicios, voluntariado y programas de respiro. Aunque el 5,7% (6) sí ha valorado alguna vez estas posibilidades.

Finalmente, hay que subrayar la buena aceptación que la visita a domicilio ha tenido por parte tanto de las personas cuidadoras como de las personas en situación de dependencia, ya que la

mayoría de las personas cuidadoras (80,2%) percibe la intervención de los Servicios Sociales Municipales de supervisión y seguimiento de forma positiva, el 6,6% lo percibe como una invasión a la intimidad.

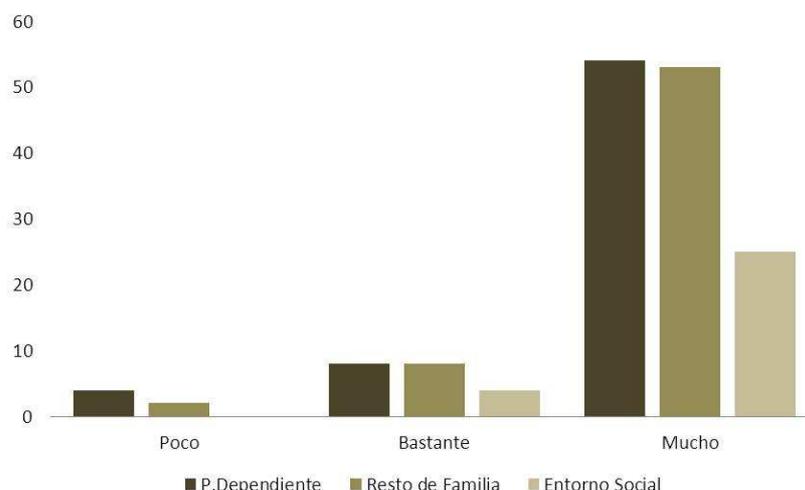
6.2.3.5. Reconocimiento del rol de la persona cuidadora

El rol de persona cuidadora puede tener un impacto en las relaciones de pareja, familiares y sociales de quien lo ejerce. Explorar este aspecto y la percepción que ésta persona tiene del reconocimiento de su labor en su entorno es importante ya que inciden en su calidad de vida.

En el caso de Arrasate, la relación entre persona cuidadora y persona dependiente y resto de la familia se considera buena (99) y sólo 4 dicen que es regular y 1 que es mala. Igualmente, se considera buena la relación entre persona cuidadora y entorno social.

Asimismo, las personas cuidadoras se sienten bastante (8) o muy (55) valoradas por la persona dependiente, aunque en 4 casos se sienten poco valoradas. Se sienten bastante (8) o muy valoradas (54) también por el resto de la familia, excepto en 2 casos. Y en 29 casos se sienten bastante o muy valoradas por el entorno social. En los dos casos donde no se sentían valorados por el resto de la familia, las personas cuidadoras explicaban que según su familia, eran ellos los que tenían que asumir la carga del cuidado como contraprestación a la herencia que recibirían después de la vivienda familiar.

Ilustración 31. Valoración del rol de la persona cuidadora por parte del entorno (en porcentajes)



6.2.4. Persona en situación de dependencia

La persona en situación de dependencia es el otro agente clave en la relación de cuidado. En el primer abordaje, tras un análisis previo de su situación a través del BVD, se observa la capacidad de la persona para seguir la entrevista y se analiza la existencia de deterioro cognitivo, la capacidad de mantenimiento de una conversación y la actitud colaboradora o no de la misma.

Con relación al perfil de las personas de la muestra, el 52,8% (56) presentan algún grado de deterioro cognitivo, aunque se considera que más de la mitad 54,7% (58) tienen capacidad de mantener una conversación. Excepto en algún caso (5) todos mantienen una actitud colaboradora en la entrevista.

En un segundo momento se han observado aspectos de la calidad del cuidado y se han abordado cuestiones relacionadas con la recepción de cuidados, y el conocimiento y uso de otros servicios y prestaciones.

6.2.4.1. Recepción de cuidados

De los que tienen capacidad para mantener una conversación (58) todos se muestran satisfechos con las relaciones que mantienen con su entorno más cercano. La mayoría las califica como buenas y 2 como regulares.

En relación a la calidad del cuidado, se han detectado 2 casos con evidencia y 1 con sospecha de pobre cuidado personal, ropa sucia, 2 casos con evidencia y 1 con sospecha de mala higiene en la vivienda y 1 de caídas de repetición, pudiendo considerar indicadores de riesgo de trato inadecuado. También se han detectado 2 casos con sospecha de mala nutrición.

Tabla 25. Indicadores de trato no adecuado (en frecuencias)

Trato no adecuado	Sospecha	Evidencia
Mala nutrición.	2	0
Pobre cuidado personal, ropa sucia.	1	2
Mala higiene en la vivienda.	1	2
Caídas de repetición.	1	1

En cuanto a la evidencia por pobre cuidado personal, ropa sucia y mala higiene en la vivienda en ambas coinciden dos casos, esto es, son dos personas que aparecen en ambos apartados. En las dos viviendas había falta de limpieza y la persona dependiente desprendía un olor corporal fuerte. En uno de los casos usaban una silla de mimbre para duchar a la persona dependiente y después, esa misma silla la usaban para sentarse a comer en la cocina.

En cuanto a la sospecha por mala nutrición, en ambos casos, cuando describían y detallaban las actividades que hacían durante el día, se percibió un desorden de horarios en las comidas; a veces no comían por falta de apetito, o comían muy tarde, etc.

Con respecto a las caídas de repetición, en uno de los casos explicaba la persona dependiente que se había caído varias veces los últimos meses en casa. En este caso no se percibió que pudiéramos estar frente a un caso de maltrato, pero sí que convendría realizar ciertos cambios dentro del hogar y acomodar a sus necesidades. En el segundo caso había sospecha porque la persona dependiente, con problemas de movilidad y equilibrio, dormía en una cama en el salón de estar con sofás, mesa, sillas a su alrededor, alfombra en el suelo y refería que de noche se levantaba solo para ir al baño.

Todos opinan que ha acudido a su centro de salud o ha venido el médico a verle siempre que lo han necesitado. También todos los entrevistados piensan que son atendidos siempre que solicita ayuda para algo. El 3,8% tiene algún comentario o sugerencia sobre la atención que recibe.

6.2.4.2. Servicios y prestaciones del SAAD

Las personas en situación de dependencia que no presentaban deterioro cognitivo han manifestado el grado de conocimiento y uso de diversos recursos sociales. El 22,5% de las personas entrevistadas han acudido alguna vez a un Centro de Día o una Estancia Temporal y/o han dispuesto de Teleasistencia, de SAD o de alguna ayuda técnica. El 50% de los entrevistados conoce los servicios.

Estos datos hacen entrever la necesidad de informar y orientar a las personas en situación de dependencia en relación a las prestaciones y servicios existentes, ya que a la luz de los resultados obtenidos, existe desconocimiento de los mismos.

Se deduce de todo ello que las personas en situación de dependencia parecen estar altamente satisfechas con los cuidados que reciben, tanto por parte de la persona cuidadora, como por parte de los servicios sanitarios, y no son muchos los casos en los se han detectado situaciones de trato no adecuado.

De los resultados expuestos en ambos municipios, se observan algunas diferencias y aspectos a remarcar que se detallan a continuación.

Con respecto a la relación con los Servicios Sociales de Base, se puede concluir que existe cierto patrón diferencial entre los municipios. En Arrasate, en comparación con Irun, las personas presentan una mayor relación con los Servicios Sociales de Base, que podría estar motivada en parte por las características del propio municipio (dimensión, población...).

En relación a la vivienda, no se observan grandes diferencias entre Irun y Arrasate, a pesar de que la localización y las características de cada municipio son muy dispares. Como dato importante, es preciso subrayar que en ambos casos para algo más de un tercio de las familias entrevistadas su vivienda supone un inconveniente para la labor de cuidados y para la calidad de vida de la persona en situación de dependencia. El acceso a la vivienda y el baño son las áreas más problemáticas, y por tanto, las que más atención debieran de recibir por parte de las instituciones públicas.

Otro aspecto a considerar es la sobrecarga derivada del cuidado. Las personas cuidadoras en Irun presentan significativamente mayor sobrecarga que las de Arrasate, aunque contradictoriamente también presentan más consecuencias positivas a causa del cuidado. Una posible explicación al fenómeno de la sobrecarga del cuidado es que en Arrasate se comparten en mayor medida los cuidados, hecho que podría motivar que las personas cuidadoras dispongan de más tiempo para sí mismas y por tanto liberen en mayor medida las consecuencias que a nivel emocional presenta el cuidado. Otra explicación sin embargo, es que en Arrasate un mayor número de personas conoce y es usuaria del programa Sendian, mientras que en Irun es un servicio desconocido por las personas entrevistadas. Posiblemente, ambas explicaciones y otras que quizá no se han llegado a conocer en el marco de esta experiencia puedan estar motivando estas diferencias.

Finalmente, y con respecto a la persona en situación de dependencia, se aprecia que en general en ambos municipios estas personas se sienten altamente satisfechas con los cuidados que reciben.

No obstante, se detecta un resultado que varía en ambos municipios, y al que conviene prestar atención por las implicaciones que pudiera tener en las personas en situación de dependencia. Se trata de la frecuencia con la que reciben visitas. Si bien en Arrasate el porcentaje de personas que no reciben visitas con asiduidad es prácticamente inexistente, en Irun suponen casi un cuarto de la muestra entrevistada. Nuevamente, las características del municipio podrían explicar este resultado, debido a que en Arrasate las familias viven generalmente cerca y podría facilitar las relaciones sociales. Sea como fuere, es un dato a tomar en consideración y a tener presente cuando se realicen entrevistas con las familias.

7. Conclusiones Iniciales

En este apartado se exponen las conclusiones más significativas obtenidas a raíz de esta experiencia.

7.1. Conclusiones Iniciales del municipio de Irun

7.1.1. Conclusiones sobre la intensidad de la atención

De las entrevistas realizadas en el domicilio, se extrae que la atención se presta efectivamente con la intensidad suficiente. Tal es así, que las personas cuidadoras tienen la percepción subjetiva de pasar todo el día con la persona dependiente. Si bien las tareas activas de cuidado (realización de AVDs) no exigen estar todo el día prestando atención a la persona en situación de dependencia, tareas como la supervisión, la atención cuando la persona dependiente precisa apoyo, etc., no permiten dejar solos por mucho tiempo a estas personas. En este sentido, dependiendo de las características y necesidades de las personas dependientes, se observa que la intensidad de la atención varía. Dicho de otra manera, la intensidad de atención está relacionada con el grado y nivel de dependencia. Así, en los casos en los que las personas no requieren de una constante supervisión, la intensidad de la atención es menor, permitiendo que las personas cuidadoras tengan más tiempo libre y por tanto, más tiempo para sí mismas.

El hecho de que la mayoría de personas en situación de dependencia tengan una residencia fija y permanente y convivan, además de la persona cuidadora, con más personas en el domicilio, podría facilitar que la intensidad de la atención sea adecuada, ya que si bien la tarea de cuidado recae principalmente en una única persona cuidadora, éstas refieren contar con otras personas, en su mayoría otros familiares, si fuera necesario.

Otros indicadores que reafirman la idea de que la intensidad de atención es adecuada, es el hecho de que la organización y dedicación a los cuidados se realice de forma similar entre semana y el fin de semana. Asimismo, no son muchas las personas cuidadoras que cuidan de más personas, y la gran mayoría de ellas no realiza ninguna actividad laboral o no laboral con dedicación de tiempo estable, según refieren, porque el cuidado de la persona en situación de dependencia les absorbe casi por completo.

7.1.2. Conclusiones sobre la calidad de la atención y sobre las condiciones en las que las personas cuidadoras ejercen su rol

La estrecha relación existente entre la calidad de la atención y las condiciones en las que las personas cuidadoras ejercen su rol, ha sido constatada en numerosas ocasiones por la literatura científica especializada en la materia. Concretamente, el bienestar emocional de la persona cuidadora es una de las variables que mayor influencia ha mostrado tener en la calidad de la atención que se presta a personas en situación de dependencia. Este hecho ha motivado que las conclusiones de ambas cuestiones (calidad y rol) se presenten de manera conjunta, ya que son tenidas en consideración simultáneamente a la hora de establecer la idoneidad de la calidad de atención y de las condiciones en las que la persona cuidadora desarrolla la tarea de cuidados.

Así, de los resultados obtenidos en el estudio se concluye que, salvo en casos puntuales, la calidad de la atención que se presta a las personas en situación de dependencia es adecuada. Apenas se han identificado indicadores de trato no adecuado, y en general el estilo relacional y la comunicación con la persona dependiente es apropiada. Asimismo, en su conjunto las personas cuidadoras reúnen las condiciones mentales, físicas y psicológicas para hacer frente con calidad al cuidado, aunque se hayan detectado casos en los que dichas condiciones se ponen en cuestión. De este hecho se desprende nuevamente la necesidad de realizar un seguimiento continuado de cada caso, teniendo presente que la evolución de cada uno es desigual en el tiempo y heterogénea en su contexto, así como la necesidad de prestar especial atención a grupos de mayor vulnerabilidad como son los casos en los que la persona cuidadora presenta una avanzada edad.

La perspectiva de la persona mayor es otro aspecto importante a la hora de establecer si la calidad de la atención es buena. En este sentido, prácticamente la totalidad de las personas en situación de dependencia se sienten satisfechas con la atención que reciben tanto por parte de la cuidadora principal como por parte de los servicios sanitarios, así como con las relaciones que mantienen con su entorno más próximo. Sin embargo, es de destacar que casi una cuarta parte de las personas entrevistadas refieren no recibir visitas por parte de nadie y que es significativo el número de personas que no han salido a la calle en el último mes. Ambos aspectos deben ser tomados en consideración, dado que podrían conllevar el aislamiento de las personas en situación de dependencia.

Además de la calidad de la atención, se puede concluir que, en general, las condiciones en las que las personas cuidadoras ejercen su rol son también adecuadas, si bien existen áreas a las que prestar atención para garantizar esta situación a lo largo de los años.

Como se desprende de los resultados, las personas cuidadoras se sienten valoradas y reconocidas en su rol de cuidar, y no presentan sobrecarga derivada del cuidado pese a que la dedicación a los cuidados, como se ha mencionado previamente, es intensa y continuada a lo largo de los años. No obstante, parece que han asimilado su rol y se han adaptado a él, no sin presentar consecuencias tanto positivas como negativas por ello. Una amplia mayoría de ellas, sienten satisfacción personal por lo que hacen por la persona a la que ayudan, y en muchos casos, además de hacerles sentirse útiles, lo viven como una oportunidad para devolverles a las personas en situación de dependencia lo que previamente éstas han hecho por ellas, como una forma de agradecimiento o recompensa hacia ellas. Estos sentimientos que de alguna manera les reconforta, podrían paliar los efectos nocivos que el cuidar desencadena en sus vidas. Estos impactos son más evidentes en tres áreas de la vida de las personas cuidadoras, como son; las relaciones sociales, la salud física y la salud emocional, indicada ésta última por las personas cuidadoras como el aspecto que en su dedicación y relación de cuidados, mayor grado de afectación ha presentado. Así, dada la prevalencia de los mismos, y su importante repercusión en la calidad de la atención, se considera necesario abordar estas cuestiones con las personas cuidadoras, y tenerlas muy en consideración a la hora de estudiar cada caso, al realizar una orientación y en el seguimiento del mismo. En este sentido, es de destacar la importancia de la información y la orientación profesional, ya que servicios como las ayudas técnicas han mostrado un nivel de interés muy alto en los casos en los que el impacto derivado del cuidado en la salud física ha sido importante, y el programa Sendian (el gran desconocido), en los casos en los que el cuidar ha impactado de manera brusca en el bienestar emocional de la persona cuidadora.

Pese a que pueda parecer una incongruencia el hecho de que gran parte de la muestra no quiera la orientación de algún profesional especializado para que les asesore sobre aspectos del cuidado en los que presenten dificultades, lo cierto es que en numerosas ocasiones consideran que ésta llega tarde. Refieren que esa ayuda hubiera sido muy útil un tiempo atrás, cuando no disponían de formación alguna para hacer frente al cuidado, pero no ahora que ya han adquirido habilidades para ello. En este sentido, resaltar una vez más la labor de las asociaciones, que son mentadas en numerosas ocasiones por su contribución a este respecto. Por otro lado, y en línea con la necesidad

de orientación por parte de profesionales, es de destacar que la mayoría de los casos visitados han agradecido el hecho de que desde el ayuntamiento se haya acudido al domicilio con el fin de conocer la situación, interesarse por sus condiciones de vida y labor de cuidados y realizar una orientación sobre la situación en los casos en los que se ha visto necesidad. Este tipo de acción supone un reconocimiento a su dedicación y cierto refuerzo positivo que si se generalizara e implantara se convertiría en un apoyo complementario tanto para la persona cuidadora como para la persona en situación de dependencia.

Otro aspecto a tomar en consideración tanto en el estudio como en el seguimiento de cada caso, es analizar las alternativas y los apoyos de los que dispone la persona cuidadora en caso de que por algún motivo no pueda ser ella quien atienda a la persona en situación de dependencia. Y es que en este sentido, la gran mayoría de ellas ha mostrado su preocupación por considerarse la única persona que puede hacerse cargo de la persona dependiente. Contradictoriamente con este dato, prácticamente la totalidad de la muestra refiere disponer de alternativas, pero los consideran como una excepcionalidad, hecho que les crea cierta angustia y miedo por el futuro de la persona a la que atienden. En este sentido, la falta de apoyos y la intensa dedicación a los cuidados son los que impiden que la persona cuidadora disponga del tiempo suficiente para descanso, actividades de ocio o de otro tipo, pero quizá esta importante vinculación con la persona en situación de dependencia sea la responsable de que casi la mitad de las personas cuidadoras refieran no querer disponer de más tiempo para sí mismas.

El profesional de referencia debería reflexionar junto con la persona cuidadora en este sentido, para evitar que dicha vinculación se convierta en un círculo vicioso que pueda afectar el bienestar emocional de la persona cuidadora y poner en peligro la continuidad de los cuidados por riesgo de claudicación.

Una reflexión importante tras las visitas domiciliarias, es el hecho de que tanto la persona cuidadora como la persona en situación de dependencia hayan podido maquillar de alguna manera la realidad. La visita domiciliaria se vive en ambos casos como algo excepcional, y por tanto, pueden tender a positivar la situación por varias razones. En primer lugar se encuentra la deseabilidad social, hecho por el que tendemos a modificar la realidad hacia aquello que consideramos adecuado. Por otro lado, se encuentra el hecho de sentirse evaluado y el temor a que de alguna manera se modifique su situación con respecto a la PECEF a raíz de las conclusiones que el

profesional extraiga de las respuestas que ha obtenido. En el caso de las personas en situación de dependencia, existe además cierto temor a ser extraídas de su entorno para ser llevadas a algún tipo de recurso residencial. Todas estas cuestiones, que deben ser tomadas en consideración, podrían ir desapareciendo si se estableciese una relación estable y continuada con su profesional de referencia, otro motivo por el cual se reivindica el papel de dicha figura profesional.

7.1.3. Conclusiones sobre el entorno y contexto en el que se realizan los cuidados

El entorno, contexto físico donde se desarrollan las tareas de cuidado, es un aspecto vital a evaluar en la fase de estudio de cada caso, ya que como se ha mencionado con anterioridad, tiene por sí mismo la capacidad de fomentar u obstaculizar la autonomía de la persona en situación de dependencia y de facilitar o dificultar la labor de cuidado de la persona cuidadora. En este sentido, se considera necesario el profundo conocimiento del entorno que rodea a los cuidados, para lo cual se hace imprescindible la visita domiciliaria como parte de la metodología de trabajo del profesional de referencia.

A lo largo del estudio se ha constatado que la vivienda y sus características suponen, para más de una tercio de las familias, un inconveniente tanto para el desarrollo de la labor de cuidado como para la calidad de vida de las persona en situación de dependencia. En el interior de la vivienda, son el baño y el dormitorio de la persona dependiente las estancias que mayor dificultad presentan. Con respecto al edificio, pese a que la mayoría de edificios disponen de ascensor, es de destacar la elevada presencia (en un tercio de los edificios) de escaleras intermedias que obstaculizan el acceso al mismo, sin que exista sistema alternativo alguno para compensar esta dificultad.

Los resultados obtenidos en este estudio en relación al entorno, concuerdan con el éxito que las ayudas técnicas presentan entre las personas entrevistadas. Su buena aceptación hace que sea el servicio más demandado por las personas perceptoras y sus familias, evidenciando la importancia de éstas en la cartera de servicios.

La visita domiciliaria ha resultado imprescindible a la hora de evaluar otro aspecto importante del cuidado; el contexto relacional de la familia, sin la cual resulta imposible conocer la forma de relacionarse o el tipo comunicación que se establece entre la persona cuidadora y la persona en situación de dependencia.

A este respecto, cabe señalar que en su mayoría el contexto en el que se desarrolla la tarea de cuidado es idóneo. La relación entre persona cuidadora y persona dependiente es buena, y el trato, en general adecuado. Ambas personas manifiestan asimismo su satisfacción con las relaciones que mantienen con el resto de familia y con el entorno social, si bien el impacto del cuidado en el ámbito familiar y social es pronunciado. Este impacto, no obstante, parece afectar a la intensidad de la relación (tiempo para estar con otros familiares o con amigos) en lugar de a la calidad de la misma.

En este sentido, es preciso subrayar que pese a que como se ha explicado en general la calidad de la relación parece no estar dañada a raíz del cuidado, en muchas ocasiones se hace mención a un periodo de transición en ese proceso de adaptación a la situación, que va acompañado de un mayor nivel de conflictividad, tanto entre persona cuidadora y persona dependiente, como entre el resto de miembros de la familia. Si bien el seguimiento de cada caso es importante por varias razones, como se ha mencionado con anterioridad, en estas situaciones se ratifica su valía.

A este respecto, cabe señalar que este seguimiento es inviable si no existe una relación estable y continuada en el tiempo con los Servicios Sociales de Base y en concreto, con el profesional de referencia, una asignatura pendiente a juzgar por los resultados obtenidos en el estudio. Esta relación, favorecería la prevención de aspectos que ponen en juego la continuidad de los cuidados por parte de la persona cuidadora, como la sobrecarga, el impacto físico o la conflictividad familiar derivada del cuidado, y disminuiría el desconocimiento existente sobre prestaciones y servicios que pudieran contribuir a la calidad de la atención y a las condiciones en las que las personas cuidadoras desarrollan su rol.

7.2. Conclusiones Iniciales del municipio de Arrasate

7.2.1. Relativas a la intensidad y calidad de la atención

De la información obtenida en las visitas realizadas a domicilio parece deducirse que la atención de cuidado se presta con la intensidad suficiente a cada caso, teniendo en cuenta el grado de dependencia y por lo tanto, la necesidad de tercera persona que se requiere. No obstante para el futuro se considera necesario evaluar en cada caso la intensidad de la dedicación (horas dedicadas

a atención) necesaria que requiere la persona. Con ello se pueden individualizar las necesidades y analizar posteriormente la adecuación de las atenciones recibidas.

Para considerar la calidad de la atención es clave el grado de satisfacción de la persona atendida y especialmente el de las personas con dificultad para expresarla.

En cuanto a la calidad de atención se valora que en general es correcta ya que existe voluntad por parte de la persona cuidadora principal u otros familiares cuidadores, aunque en muchas ocasiones se consideran necesarios otros apoyos para realizar un cuidado en condiciones. En las visitas realizadas el número de casos con evidencia o sospecha de maltrato identificadas, si bien no ha sido excesivamente elevado, y dado que no es asumible la presencia de un solo caso, refuerza la necesidad de prevención y control de posibles negligencias y de posibles abusos o abandonos.

7.2.2. Relativas a las personas cuidadoras

Las personas cuidadoras que más ansiedad presentan y más sufren a nivel psicológico son los cuidadores de personas dependientes que padecen alguna enfermedad mental (esquizofrenia, trastorno bipolar...). En los casos que se han visitado, eran personas de entre 30 y 45 años que conviven con sus padres (cuidadores principales) y que en la mayoría de las veces, éstos también reciben tratamiento psiquiátrico o terapia psicológica.

Tradicionalmente las mujeres asumen muchas más responsabilidades familiares y la atención de las personas en situación de dependencia se define claramente marcada por el factor de género de la persona cuidadora, de manera que, como se constata en el estudio, las tareas de cuidado recaen, mayoritariamente, sobre las mujeres, representando el 66,6% de los cuidadores de la muestra. Además, en las visitas realizadas se ha podido confirmar que parte de los cuidadores principales varones no ejercen, en la práctica, las labores de cuidado sino que lo hace alguna otra familiar mujer. En estos casos aparecen ellos como cuidadores por el hecho del cumplimiento de los requisitos para la obtención de la prestación, como son el empadronamiento y la convivencia con la persona dependiente.

En muchos casos se ha encontrado que personas mayores cuidan de los propios mayores, como ocurre en los casos de parejas o entre hermanos en las que un miembro cuida al otro que tiene peor salud. En estos casos, se ha constatado que la carga emocional provocada por la

responsabilidad de cuidar de su familiar es mayor y se generan mayores problemas físicos y psíquicos asociados a la tensión provocada por la atención constante a la persona dependiente.

Por ello es importante encontrar maneras prácticas de enfrentarse a esta situación y buscar apoyos complementarios a la prestación como alternativa a la situación. Además, durante las visitas domiciliarias se ha percibido que algunas personas cuidadoras (muchas de ellas mayores) les cuesta reconocer la carga asociada con las diferentes responsabilidades y el largo tiempo que dedican a sus obligaciones.

En este sentido no se ha observado riesgo de claudicación aunque ha habido amenaza en una ocasión por sobrecarga de la persona cuidadora y la negativa de poner en marcha otros servicios complementarios por el coste económico que les supone. Todo ello reforzado con la necesidad de potenciar y desarrollar servicios de apoyo a cuidadores. Como por ejemplo el servicio de Sendian.

Del estudio se extrae la necesidad de atención a las condiciones de la persona cuidadora; capacidad física, formación y cualificación, disposición (temporal y comportamental). En este sentido se considera igualmente de interés que se incluyan criterios que aseguren la cualificación y formación de las personas que prestan los cuidados de cara a garantizar un adecuado conocimiento y habilidades para los cuidados.

En cuanto a las alternativas y los apoyos con los que cuentan, la PECEF se sitúa en el municipio como una de las prestaciones más demandadas. El acceso a la prestación se realiza de forma presencial con la trabajadora social aunque se identifican áreas de mejora en la obtención de la información y seguimiento del caso principalmente.

En la mayoría de los casos del municipio el acceso a la prestación se realizó tramitando la solicitud tras una entrevista con la trabajadora social de los servicios sociales de base en el propio Ayuntamiento. En él se les informaba de otros recursos del momento. En algunos casos se constata mayor necesidad de recoger información en las fases iniciales para una correcta valoración, orientación y prescripción del mismo y/o la necesidad de un contacto posterior de seguimiento y/o reorientación del recurso más adecuado a la evolución de la situación familiar. En relación al conocimiento de y acceso a los servicios sociales, excepto en casos puntuales los prestatarios no pasan nuevamente por los servicios sociales excepto cuando van a realizar una nueva gestión de recursos y servicios.

Realizar las entrevistas en el domicilio de la persona en situación de dependencia ha sido muy positivo y salvo en contados casos, la mayoría no lo ha percibido como una intromisión a su intimidad. Esta vía facilita la recogida de información. Permite conocer a la persona dependiente, la cual muchas veces no se llega a conocer porque no puede acercarse a los despachos de los Servicios Sociales, o lo hacen sus familiares simplemente por comodidad. Por otro lado, facilita conocer su entorno y las condiciones de habitabilidad de vivienda; observar si tienen barreras arquitectónicas en el exterior o en el interior de la vivienda. También ha permitido crear un clima de confianza, la cual cuesta más conseguir en los despachos. Se ha podido percibir, en la mayoría de los casos, que las personas han estado más receptivas durante las entrevistas ya que se han sentido más cómodos en casa.

En muchos casos se ha observado que desconocen los recursos o servicios alternativos que les podrían corresponder, sobre todo lo relacionado con la eliminación de barreras arquitectónicas y las ayudas técnicas. Sin embargo, también nos hemos visto sorprendidos por la capacidad de imaginación y la habilidad con el que se manejan algunas personas cuidadoras a la hora de atender a las personas dependientes aun prescindiendo del material suficiente para ejercer un cuidado adecuado. En estos casos se ha dado una información previa y se les ha invitado a que cojan cita en los Servicios Sociales Municipales.

En la gran mayoría de los domicilios se ha percibido la buena recepción de la función de supervisión a realizar desde los servicios sociales.

7.2.3. Relativas al entorno en el que prestan los cuidados

Arrasate es un municipio de tamaño medio que tiene una población con un porcentaje similar de hombres y mujeres excepto en los tramos de edad avanzada, con alto índice de envejecimiento, en el que la mayor frecuencia de grado de dependencia se sitúa en el Grado II.

Casi siempre, los cuidados se ejercen en un entorno y en un contexto que ofrecen la suficiente seguridad. En casos excepcionales se valora que la vivienda no cumple con las condiciones mínimas de habitabilidad y estos casos han sido derivados a los Servicios Sociales Municipales para estar con su Trabajadora Social de referencia, además de haber informado a ésta de la situación del caso con

antelación a la cita. En este sentido es importante hacer hincapié en la importancia de atender a las características de habitabilidad del domicilio donde se prestan los cuidados.

Por otro lado, la insuficiente accesibilidad tanto en el interior como en el exterior de la vivienda dificulta la labor de cuidados en algo más de un tercio de las visitas realizadas. En algunos casos la persona dependiente lleva años sin salir de casa o lo hace en ocasiones puntuales a causa de las barreras arquitectónicas que tiene de acceso a la vivienda. Algunos no disponen de ascensor y otros tienen escaleras intermedias. En otros casos, la falta de ayudas técnicas dentro del hogar imposibilita el sistema de acceso y la adecuada satisfacción de las necesidades básicas de la persona dependiente y repercute completamente a su autonomía. Algunas personas no tienen acceso a la ducha o el baño por no disponer de productos de apoyo, o tienen que dormir en una cama que no está adaptada a sus necesidades. La primera situación, el de la accesibilidad a la vivienda, tiene difícil solución ya que las barreras arquitectónicas suelen estar en superficies patrimonio de la administración o en lugares comunes a la vecindad por lo que poco puede hacer la familia, ya que requiere de consenso o la aprobación de obras públicas para su eliminación.

Con el propósito de optimizar las condiciones de accesibilidad y como apoyo a una vida independiente se hace evidente la necesidad de potenciación de las ayudas técnicas, agilizando los procesos de tramitación y acceso.

8. Conclusiones finales

Dentro de la cartera de las prestaciones económicas reconocidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se incluye la Prestación Económica para el Cuidado en el Entorno Familiar (PECEF). Su finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales, siempre que sea su preferencia y en condiciones adecuadas de atención, convivencia y habitabilidad del domicilio. Esta Ley otorga a la PECEF un carácter de excepcionalidad que dista mucho de la repercusión a nivel cuantitativo que tiene esta prestación en la realidad.

Asimismo, en numerosas ocasiones se ha destacado la necesidad de realizar un seguimiento de las familias receptoras de esta prestación, debido al desconocimiento que existe sobre la misma. En este sentido, se desconoce si esta prestación es idónea para cada familia o por el contrario existe una alternativa más apropiada, a qué se destina la misma, etc. En este sentido, esta experiencia piloto ha permitido conocer en profundidad la realidad de las personas en situación de dependencia y sus cuidadoras, posibilitando valorar la idoneidad de la prestación en cada caso, tomando en consideración las necesidades y características propias de cada familia. Para ello, se ha realizado una exhaustiva valoración en el domicilio de la situación de la persona dependiente, de la persona cuidadora y del entorno y el contexto en el que se desarrollan los cuidados. Gracias al desarrollo de esta experiencia, se ha podido establecer además un modelo de implantación y seguimiento de la prestación, que permitirá en un futuro próximo a todos los Servicios Sociales de Base de Gipuzkoa conocer y trabajar de manera eficiente todos los casos relacionados con la PECEF; tanto los nuevos como los ya existentes.

Este modelo de seguimiento ha sido contrastado a lo largo de esta experiencia piloto, y cuenta con la ventaja de haber sido validado a lo largo de la misma. Tras su puesta en marcha, es importante señalar la alta satisfacción que ha mostrado por parte de las trabajadoras sociales implicadas en el proyecto, que han expresado en diversas ocasiones el grado de conocimiento que adquieren de cada familia gracias a la metodología aplicada en el seguimiento. Asimismo, es igualmente destacable la buena acogida que ha tenido en los domicilios tanto por parte de las personas cuidadoras como por parte de las personas en situación de dependencia.

Estos resultados nos motivan a recomendar su utilización en los Servicios Sociales de Base, esperando que les reporte la misma satisfacción que ha presentado en este estudio.

Índice de tablas

Tabla 1. Temporalización del proyecto	6
Tabla 2. Evolución demográfica de Irun (número de habitantes).....	7
Tabla 3. Distribución demográfica por edades y sexo (en frecuencias y porcentajes)	8
Tabla 4. Índice de envejecimiento y sobreenvejecimiento (en porcentajes)	8
Tabla 5. Grado y nivel de dependencia según edades (en frecuencias)	9
Tabla 6. Recursos comunitarios en Irun (por cada 100 personas mayores)	10
Tabla 7. Personas atendidas por el SAAD (clientes vivos por BVD) en Irun con BVD por grado y nivel (en frecuencias)	11
Tabla 8. Prestaciones económicas de la Ley de Dependencia (en frecuencias y porcentajes)...	12
Tabla 9. Distribución demográfica por edad y sexo (en frecuencias y porcentajes)	14
Tabla 10. Índice de envejecimiento y sobreenvejecimiento (en porcentajes)	14
Tabla 11. Grado y nivel de dependencia según edades (en frecuencias)	15
Tabla 12. Recursos comunitarios (en porcentajes)	16
Tabla 13. Nº de personas con dependencia atendidas por el SAAD.....	17
Tabla 14. Prestaciones económicas de la Ley de Dependencia (en frecuencias y porcentajes).	18
Tabla 15. Muestra inicial según criterios de perfil en Irun (en frecuencias).....	20
Tabla 16. Muestra inicial según criterios de perfil en Arrasate (en frecuencias).....	20
Tabla 17. Número de entrevistas a realizar en Irun por cada grupo (en frecuencias).....	22
Tabla 18. Número de entrevistas a realizar en Arrasate por cada grupo (en frecuencias)	22
Tabla 19. Bajas sobre la muestra inicial del estudio y motivos (en frecuencias)	31
Tabla 20. Altas sobre la muestra inicial del estudio y motivos (en frecuencias)	32
Tabla 21. Bajas sobre la muestra inicial del estudio y motivos (en frecuencias)	37
Tabla 22. Bajas sobre la muestra inicial del estudio por edad (en frecuencias)	38
Tabla 23. Clasificación de la muestra según grado de adecuación (en frecuencias y porcentajes)	39
Tabla 24. Indicadores de trato no adecuado (en frecuencias).....	57
Tabla 25. Indicadores de trato no adecuado (en frecuencias).....	74

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Dependencia según grado y nivel (en frecuencias).....	9
Ilustración 2. Número de solicitudes de PECEF desde 2008 hasta 2014 (en frecuencias).....	12
Ilustración 3. Evolución demográfica de Arrasate (nº de habitantes)	13
Ilustración 4. Dependencia según grado y nivel (en frecuencias).....	15
Ilustración 5. Servicios y Prestaciones del SAAD (en frecuencias)	17
Ilustración 6. Número de altas de PECEF desde 2008 hasta 2014 (en frecuencias)	18
Ilustración 7. Servicios complementarios PECEF (en porcentajes)	19
Ilustración 7. Imagen de la herramienta informática	29
Ilustración 8. Clasificación de la muestra según grado de adecuación (en porcentajes)	35
Ilustración 9. Relación con los Servicios Sociales de Base (en porcentajes)	43
Ilustración 10. Relación de parentesco entre persona cuidadora y persona en situación de dependencia (en porcentajes)	46
Ilustración 11. Sobrecarga derivada del cuidado (en porcentajes).....	47
Ilustración 12. Impacto del cuidado en las relaciones familiares, el área emocional, en las relaciones social y en la salud física (en porcentajes).....	49
Ilustración 13. Consecuencias positivas derivadas del cuidado (en frecuencias).....	50
Ilustración 14. La situación de la persona dependiente desde el punto de vista sanitario (en porcentajes)	52
Ilustración 15. Aspectos a los que se dedica la PECEF (en frecuencias).....	54
Ilustración 16. Valoración del rol de cuidadora por parte del entorno (en porcentajes).....	55
Ilustración 17. Recepción de frecuencia de visitas (en porcentajes)	58
Ilustración 18. Salidas fuera del domicilio (en porcentajes)	59
Ilustración 19. Relación con Servicios Sociales de Base (en porcentajes).....	61
Ilustración 20. Conocimiento de la Trabajadora Social (en porcentajes)	61
Ilustración 21. Intención solicitar otras prestaciones (en porcentaje)	62
Ilustración 22. Accesibilidad de las viviendas (en porcentaje).....	63
Ilustración 23. Relación de parentesco cuidadora – persona dependiente (en frecuencia)	65
Ilustración 24. Personas que conviven en el domicilio (en frecuencia)	66
Ilustración 25. Sobrecarga derivada del cuidado (en porcentajes).....	67
Ilustración 26. Impacto del cuidado en la vida social (en porcentajes)	68
Ilustración 27. Efectos del cuidado en la persona cuidadora (en frecuencia)	70
Ilustración 28. Deseo de disponer de tiempo libre (en porcentaje)	71
Ilustración 29. Principal destino de la prestación económica (en porcentajes)	72
Ilustración 30. Valoración del rol de la persona cuidadora por parte del entorno (en porcentajes)	73

