



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

**EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA
EN LA CUIDADORA INFORMAL DE
MAYORES DEPENDIENTES**

Alumna: María del Rosario Peralta Olivas

Tutora: Prof. D^a. Belén Agrela Romero
Dpto: Psicología

Junio, 2014



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL - CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO



EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA CUIDADORA INFORMAL DE MAYORES DEPENDIENTES

Alumna: M^a Rosario Peralta Olivas

Tutora: Belén Agrela Romero



TFG, Modalidad: Proyecto de Intervención



*“Cada persona, en su existencia,
puede tener dos actitudes:
construir o plantar.*

*Los constructores pueden demorar años en sus
tareas, pero un día terminan aquello que estaban
haciendo. Entonces se paran, y quedan limitados por
sus propias paredes. La vida pierde el sentido cuando
la construcción acaba.*

*Pero existen los que plantan. Éstos a veces sufren
con las tempestades, las estaciones, y raramente
descansan. Pero, al contrario que un edificio, el
Jardín jamás para de crecer. Y, al mismo tiempo que
exige la atención del jardinero, también permite
que, para él, la vida sea una gran aventura”.*

(Coelho, P (2004). Vida: Sección de citas).



A todas las cuidadoras informales con las que he tenido contacto durante todo el proceso, porque han ampliado mi visión sobre una realidad invisibilizada y compleja para muchos.

Agradezco la tutorización, el apoyo y los consejos de Belén Agrela Romero, profesora de la Universidad de Jaén, que se ha mostrado siempre entregada y muy interesada por este trabajo.

A mi madre, cuidadora incondicional que ha asumido el compromiso de mantener vivo el interés por quienes le han dado la vida o forman parte de ella.



ÍNDICE

1.	Justificación e Introducción.....	5
2.	Fundamentación teórica y Marco Conceptual	10
2.1	Contextualización.....	16
3.	Objetivos.....	18
3.1	Objetivo General	18
3.2	Objetivos específicos	19
4.	Metodología.....	19
5.	Plan de Trabajo.....	22
6.	Utilidad, aplicabilidad, referencia y vinculación con la disciplina del trabajo social.....	24
7.	Conclusiones.....	25
8.	Referencias Bibliográficas.....	27
9.	Anexos	29

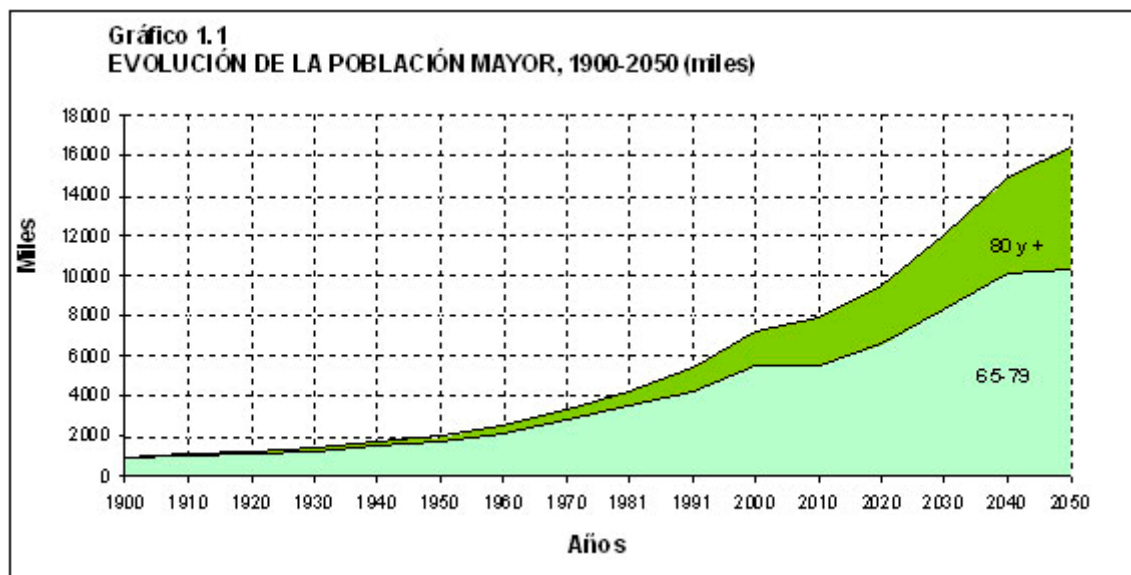


1. Justificación e Introducción

El aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y el riesgo asociado a padecer enfermedades crónicas, ha traído como consecuencia altos índices de bienestar. El envejecimiento de la población, es una buena noticia; los avances médicos, la mejora de los servicios socio-sanitarios, las mejores condiciones de vida, entre otros, hacen que en nuestro concepto sociocultural cada vez sean más las personas que llegan a mayores, y llegando a esta etapa vital vivan cada vez más años (Núñez, 2004).

En contraste con esta situación, está el incremento de las situaciones de dependencia, asociado a este envejecimiento de la población y al incremento de la morbilidad. Ya que, aunque la mayor parte de las personas mayores viven en buenos niveles de autonomía y salud, nuestra sociedad asiste a un aumento sin precedentes de los fenómenos de dependencia, es decir, del número de personas que necesitan algún tipo de ayuda para desenvolverse en su vida diaria, ajustarse a su medio e interactuar con él.

El siguiente gráfico muestra un progresivo incremento de las personas mayores con el paso del tiempo¹.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2004.

¹ La proporción de personas de 65 y más años, según las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadística INE en el año 2025 supondrá un 21,2% del total.



Conocer los cambios demográficos, nos permite comprender mejor la situación actual y el futuro previsible. Tal y como se observa en los datos del INE, envejecemos, es decir, cada vez es mayor el número y proporción de personas mayores de 65 años. Este fenómeno del envejecimiento, va a continuar en los próximos años, en los que el número de mayores seguirá aumentando de manera considerable.

Dicho fenómeno coincide en el tiempo con cambios importantes en el modelo de familia y con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo. Esto, ha dificultado aun más si cabe, la conciliación del cuidado informal, ya que la inmensa mayoría de las personas que lo requieren, reciben los cuidados a través del sistema informal de la familia, siendo asumido fundamentalmente por la mujer, conciliándolo con la vida familiar y personal.

Dado el alto incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia y la necesidad de apoyo a las familias que atienden a estos dependientes, el Estado Español dio vida a la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de “Promoción de la Autonomía Personal y atención a las Personas en Situación de Dependencia”².

Ésta nace con la intención, de darle forma legal a nivel jurídico y económico al vasto sector de la dependencia y el consecuente apoyo y reconocimiento a la labor realizada durante tiempo inmemorial a aquellas personas, que cuidan de sus familiares que carecen o tienen relativa capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

La Ley, traía consigo un amplio catálogo de servicios³, enumerados a continuación y que daban respuesta a este colectivo con necesidades de atención y a sus cuidadoras, posibilitándoles una mayor autonomía personal y mejor calidad de vida:

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal (art.21).

² En su art. 2.2. define dependencia como “el estado de carácter permanente en el que se encuentran personas que precisan de la atención de una u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria, o en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, otros apoyos para su autonomía personal”.

³ Regulado en el art. 15 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de “Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia”.



- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a Domicilio (art.23).
- Servicio de Día y de Noche (art. 24).
- Servicios de Atención Residencial (art. 25).

Así mismo, La Ley de Dependencia también contempla tres tipos de prestaciones económicas:

- Prestación económica vinculada al servicio (art. 17).
- Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art. 18).
- Prestación económica de asistencia personal (art.19).

Las personas dependientes que por sus circunstancias personales no tenían otra opción que la de ser atendidos en su domicilio por sus familiares, podían recibir una “Prestación Económica por Cuidados en el Entorno Familiar” (la cual aparecía como una excepción en el catálogo de recursos), a la que venía anexionada un alta en Seguridad Social, dando forma contractual a la prestación de estos cuidados y relativo valor económico al esfuerzo realizado por las cuidadoras.

Los contenidos de este proyecto de intervención se basan fundamentalmente en la revisión de la literatura, en los estudios previos y en la realidad observada durante veintitrés años de práctica profesional en el desempeño de su puesto de trabajo de la alumna que lo suscribe, como trabajadora social en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios de Villacarrillo.

Las razones por las que se ha elegido este tema son porque han transcurrido casi ocho años del nacimiento de esta ley, la cual se originó como una nueva etapa en la protección social de nuestro país y que ha pasado de dar cobertura a miles de personas, a dejar desprotegidas a muchas otras que no llegaron a tiempo de entrar en el sistema antes de que éste quedase prácticamente paralizado.



Con la puesta en marcha de la Ley de Dependencia, a principios del año 2007, llegó a colapsarse la puerta de entrada de todos los Servicios Sociales Comunitarios, debido a la alta demanda generada por parte de los miles de usuarios/as con necesidad de recursos para hacer frente a su pérdida de autonomía. Durante al menos tres años, se les pudo dar respuesta de forma eficaz, cubriendo prácticamente sus necesidades de atención con la aplicación de diferentes servicios.

Fue en el año 2011 donde comenzaron a notarse los primeros cambios en el desarrollo de esta Ley. Con la reducción presupuestaria destinada a la misma, entre otros y haciendo referencia al tema que nos ocupa, se produjo la revisión del sistema de altas de los cuidadores no profesionales en Seguridad Social⁴ y la revisión de las cuantías de las prestaciones económicas, que las personas dependientes percibían y destinaban a sus cuidadoras (reduciendo las mismas).

Pero es en el año 2012, cuando se produce una brusca paralización del sistema de dependencia, dando lugar a un retroceso notable de los derechos de las personas en situación de dependencia y sus familias. Se amplían plazos para recibir atención, se recortan las prestaciones y las cuidadoras informales pierden prácticamente el reconocimiento recibido por atender a sus familiares dependientes.

Lo que no ha mejorado con el paso del tiempo, ya que actualmente y añadido a los recortes señalados en el párrafo anterior, tan sólo se resuelven casos de emergencia, englobando en estos, a todos aquellos dependientes, que además de haber sufrido una notable pérdida de autonomía personal, perciben bajos ingresos económicos y carecen de apoyos familiares que puedan atenderles. Todo esto nos lleva a cuestionar la efectividad de esta Ley a día de hoy.

Debido al impacto de la crisis económica en el sistema de la dependencia, nos encontramos ante una situación en la que de todas aquellas personas que necesitan

⁴ Un Informe realizado por el Observatorio Estatal de la Dependencia. “IMPACTO ECONÓMICO DE LA REFORMA DE LA LEY DE DEPENDENCIA sostiene que: “otra medida de ahorro directo para las arcas estatales ha sido la supresión de las cotizaciones a Seguridad Social por las personas cuidadoras familiares a partir del 1 de agosto de 2011(se cotizará tan sólo por un 5% hasta final de año y nada a partir del 1 de enero de 2012).



asistencia para continuar viviendo en su entorno habitual, las tres cuartas partes reciben un apoyo de tipo informal, siendo la familia la que más contribuye a este cuidado⁵ (IMSERSO, 2005). Por lo que, las mujeres siguen cargando con el peso de la dependencia en nuestro país en un modelo que perpetúa el cuidado en el entorno familiar de una forma casi invisible, en detrimento de la atención profesional.

Todo esto lejos de proporcionar una mejor calidad de vida a las mujeres cuidadoras de personas en situación de dependencia, les lleva a tener un gran desgaste, ya que el desempeño de su rol no está exento de costes personales, afectando a su trabajo, estudios, vida familiar, pareja, salud, ocio y tiempo libre. Cuidar de un dependiente supone en muchos casos una notable fuente de estrés, ya que el cuidado implica gran cantidad de tareas y servicios que van más allá del mero hecho de estar ahí.

Mis consideraciones e ideas previas parten de las importantes carencias en lo que podríamos denominar “tiempo propio” de las cuidadoras, que, a su vez, tiene una importante repercusión en su formación y, en un sentido más amplio, en su desarrollo personal.

Por lo que el hilo conductor de este proyecto, versa sobre varias cuestiones fundamentales e interrelacionadas entre sí sobre las que se estima que es imprescindible intervenir: el desarrollo personal, la formación, el tiempo disponible y la calidad de vida de las mujeres-cuidadoras, dedicadas a la provisión de cuidados de manera informal en el entorno familiar.

Para ello se han desarrollado tres fases claramente diferenciadas y complementarias entre sí, una primera (previa al diseño del proyecto) en la que se han analizado las características, problemas y necesidades de las cuidadoras. Una segunda fase constituida por revisión bibliográfica y literatura y una tercera en la que se ha pretendido diseñar y evaluar una serie de intervenciones para la mejora de la calidad de vida de las cuidadoras, teniendo en cuenta los problemas y necesidades de las mismas.

⁵ Envejecimiento Activo en la Sociedad Española.



2. Fundamentación teórica y Marco Conceptual

Envejecer es algo natural e inevitable y con ello sobreviene la condición de fragilidad, vulnerabilidad y dependencia. Ser dependiente, implica una situación de necesidad, en la que la persona requiere de la ayuda de otros para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

La siguiente tabla (véase tabla nº 1) muestra los tipos de cuidados que las personas dependientes necesitan en virtud de su grado de autonomía⁶:

Tabla 1: Necesidades de atención de personas en situación de dependencia.

DEPENDENCIA LEVE O MODERADA	• Acompañamiento dentro y fuera del domicilio. • Apoyo en el aseo personal. • Control de tratamiento médico. • Reeducación de hábitos alimenticios. • Apoyo en las tareas domésticas.
DEPENDENCIA SEVERA	• Acompañamiento dentro y fuera del domicilio. • Apoyo en el aseo personal. • Control de tratamiento médico. • Reeducación en hábitos alimenticios. • Ayuda a vestir. • Ayuda para levantarse y acostarse. • Apoyo en situaciones de incontinencia. • Apoyo en las tareas domésticas.

⁶ Datos obtenidos de la empresa que gestiona el Servicio de Ayuda a Domicilio en la localidad de Villacarrillo, y de la elaboración de Proyectos de Ayuda a Domicilio por parte de la alumna que suscribe este trabajo y que ha detectado en el ejercicio de la práctica profesional.



GRAN DEPENDENCIA	• Aseo e higiene personal. • Ayuda en el vestir. • Ayuda a dar de comer (no en todos los casos). • Ayuda para levantarse y acostarse. • Ayuda para realizar cambios posturales (no en todos los casos). • Apoyo para la movilidad dentro del hogar. • Apoyo en situaciones de incontinencia. • Acompañamiento dentro y fuera del domicilio. • Control de tratamiento médico. • Realización de las tareas domésticas.
-----------------------------	--

Fuente: elaboración propia.

Muchas de las personas que padecen una situación de dependencia ocasionada por su avanzada edad, discapacidad o enfermedad, son atendidas por sus familiares en su entorno familiar. El cuidado de mayores dependientes no es algo nuevo. Antes de que se pusiese en marcha un sistema socio-sanitario universal, las cuidadoras informales, eran la principal y casi única fuente de apoyo de los dependientes, entre otros, porque se entendía que el propiciar los cuidados en el entorno familiar era una importante fuente de protección para los mayores. Lo que ha cambiado en los últimos tiempos, es la cantidad de personas que desempeñan el rol de cuidadora, la duración de los cuidados y las tareas que tienen que desempeñar.

Por supuesto, a todo esto hemos de añadir la fragilidad y dificultad económica en la que se encuentra el sistema de apoyo formal a los dependientes.

Las cuidadoras que atienden a una persona en situación de dependencia, realizan una tarea que requiere mucho tiempo y esfuerzo y que implica una gran carga ética y emocional, por ello las cuidadoras deben prepararse física y mentalmente para que esto no afecte a su salud, previniendo así el “síndrome del cuidador”.



Está claro que el papel del cuidado lo han asumido las mujeres, como consecuencia del modelo patriarcal (autoritario, caracterizado por una división rígida de roles sexuales) y en cumplimiento del rol que se les ha asignado. A través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se ha ido favoreciendo la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que se le adjudica más capacidad de abnegación y de sufrimiento, así como habilidades especiales.

En nuestro país, hablar de cuidado informal es hablar en femenino. Es evidente que nos encontramos ante un Estado de Bienestar caracterizado por un claro carácter familista⁷. Éste a su vez se basa en una desigual división de género del trabajo doméstico y de cuidado, por lo que en realidad, más que en las familias, los cuidados se sustentan en las mujeres de éstas. Según un estudio realizado por Fundación “La Caixa”, el perfil de la cuidadora de personas dependientes en España es mujer, casada, con estudios primarios, sin ocupación remunerada y, en un 40%, hija del afectado⁸.

En la siguiente tabla (véase tabla nº 2) se muestran algunas características que definen el perfil promedio de las cuidadoras (aunque son muchas las variables que influyen en el proceso del cuidado y que hacen que la situación de cada cuidadora sea distinta).

Tabla 2. El perfil de la cuidadora de personas dependientes: Características⁹.

- La mayoría de las/os cuidadoras/es son mujeres (83,6%).
- De entre las mujeres cuidadoras, un 40% son hijas, un 22% son esposas y un 7,5% son nueras de la persona cuidada.
- La edad media de las cuidadoras es de 52,9 años (tan sólo el 20% superan los 65 años).
- En su mayoría están casadas (75,2%).
- Una parte muy sustancial de cuidadoras comparten el domicilio con la persona

⁷ Moreno, L. (2003), Bienestar Mediterráneo y supermujeres, Documento de trabajo, Unidad de Políticas Comparadas, Madrid.

⁸ Estudios Sociales de la Fundación “La Caixa”: “El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI”. Madrid (2010).

⁹ Envejecimiento activo en la sociedad española.



cuidada (60%).

- En la mayoría de los casos no existen una ocupación laboral remunerada del cuidador (74%).
- La mayoría de las cuidadoras prestan ayuda diaria a su familiar dependiente (84%).
- La rotación familiar o sustitución de la cuidadora principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20%).
- La percepción al prestar ayuda por parte de las cuidadoras es la sensación de estar prestando un cuidado permanente.

Fuente: IMSERSO (2005)

En los últimos años, el cuidado informal de personas dependientes se ha convertido en un tema de especial relevancia, tanto desde el punto de vista social como clínico. Debido esencialmente al envejecimiento de la población y al incremento de enfermedades degenerativas, cada vez hay más cuidadores que ocupan esta posición durante más tiempo y que presentan importantes problemas como consecuencia del desempeño de su rol¹⁰.

El cuidado de personas dependientes no es un fenómeno novedoso. Lo que ha cambiado en las últimas décadas es la cantidad de personas que desempeñan el rol de cuidador (debido entre otras causas a la notable recesión que estamos viviendo por la crisis económica)¹¹ la duración de los cuidados y las tareas que tienen que desempeñar (Observatorio Estatal de la Dependencia. 2013).

El aumento de la esperanza de vida y los avances de la medicina han hecho que en la actualidad las cuidadoras atiendan a sus familiares dependientes durante una gran cantidad de años y que tengan que desempeñar tareas propias de los profesionales socio-sanitarios.

¹⁰ Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología, 2006. La dependencia: un reto interdisciplinar.

¹¹ Según el Observatorio Estatal de la Dependencia, en un informe realizado sobre el “Impacto económico de la reforma de la Ley de Dependencia”, argumenta que la reducción del gasto público destinado a la Ley de Dependencia ha ocasionado entre otras causas, la destrucción de la red de servicios (disminución considerable de acceso al Servicio de Ayuda a Domicilio y plazas residenciales para mayores) y ha dejado como única salida para los dependientes, “el refugio en unas cada vez más miserables prestaciones económicas a las familias que cuiden de los suyos ante la imposibilidad de costearse servicios”.

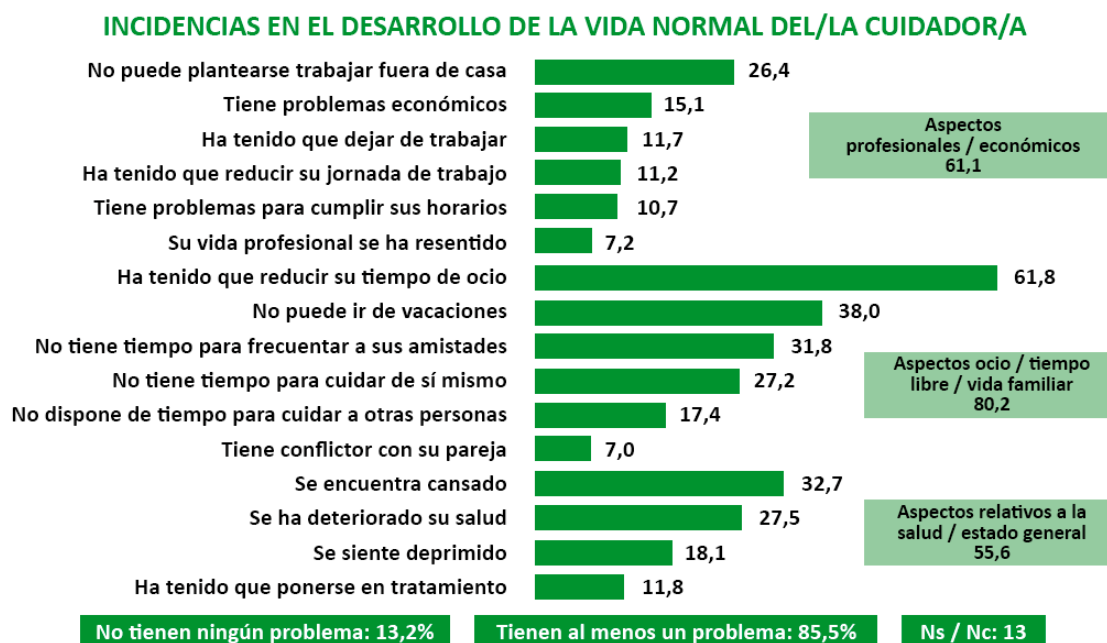


Las cuidadoras informales se inician en el cuidado de forma imprevista y sin preparación. Con sus tareas ellas no sólo favorecen a la persona a la que atienden, sino a la familia, a la sociedad y a los gobiernos por los costes que estos se ahorran en otro tipo de servicios.

Los principales motivos que las llevan a proveer estos cuidados y a mantenerse en ellos, son tanto el deber moral y social como el afecto personal. Aunque últimamente también observamos que desde que la Ley de Dependencia ha sufrido esta grave devastación, en muchos de los casos se ven obligadas porque es la única solución que tienen sus familiares dependientes de ser atendidos al no tener posibilidad de acceso a ningún recurso institucional.

Cuidar es una tarea con una doble vertiente, en la que la cuidadora primero debe conocer las necesidades de la persona dependiente y después cómo satisfacerlas. En función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar. Cuando es una gran tarea o se prolonga durante mucho tiempo puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y de las energías de la cuidadora.

Tabla 3. Incidencias en el desarrollo de la vida normal de las cuidadoras.



Fuente: IMSERSO (2005)



De hecho la vida de la cuidadora se organiza en la mayor parte de las ocasiones en función del dependiente y los cuidados que se les prestan tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. Tal y como observamos en el gráfico anterior (véase tabla 3) un 61,8% de las cuidadoras no dispone de tiempo libre. Incluso, a veces, especialmente en las enfermedades crónicas y degenerativas, no son las atenciones las que se adaptan al horario de las cuidadoras sino que todo el horario gira en función del dependiente y de sus demandas, llegando algunas cuidadoras a tener que abandonar sus trabajos (un 26,4% no puede trabajar fuera de casa) por la incompatibilidad que conlleva realizar un trabajo remunerado y atender a su familiar dependiente. Ofrecen cuidados silenciosos, muchas veces durante una gran cantidad de años, día tras día, noche tras noche.

Por todo lo mencionado, se hace imprescindible que las cuidadoras sean informadas y se haga un seguimiento desde las instituciones sociales y sanitarias sobre el rol de la cuidadora: actividades, conocimiento de la enfermedad y su atención, autocuidado, efectos del cuidado en su bienestar, medidas de afrontamiento, apoyo familiar, social y sanitario.

Es necesario que las cuidadoras no se olviden de sí mismas, ya que al parecer la sociedad ya lo ha hecho, tal y como indican los datos ya revisados. Por lo que es importante que identifiquen sus necesidades y pidan el apoyo necesario de su red social: amigos, vecinos y de instituciones que les permitan descansar y organizar la provisión de cuidados con el menor riesgo posible de perder su bienestar.

Vivir el proceso del cuidado de una manera diferente hace que las cuidadoras encuentren no sólo significados diferentes ante el hecho de cuidar, sino que el impacto que resulta del cuidado sea también diferente en su salud física, mental y social, así como en las formas de afrontarlo y aliviarlo.



2.1 Contextualización

En el municipio de Villacarrillo donde la actividad económica está basada en el olivar y la industria oleícola. Siendo el trabajo temporero el recuso económico más extendido para su población. Donde se da lugar a elevadas tasas de nivel de desempleo, sobre todo entre la población femenina. Unido a que nos encontramos en un medio rural, donde aún perviven unidades de convivencia tradicionales con redes familiares extensas que suponen un apoyo efectivo en el cuidado de personas dependientes, ha dado lugar a que la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) se haya generalizado y sean las familias y, en concreto, las mujeres que forman parte de éstas, las que se hagan cargo de atender a sus familiares en situación de dependencia.

De los 1.653 expedientes de dependencia con Programa Individual de Atención¹² (PIA) para concesión de servicios o prestaciones en el Centro Comarcal de Servicios Sociales Comunitarios de Villacarrillo, 933 han sido resueltos y tienen recurso aplicado, (720 quedaron paralizados en el año 2012 debido al proceso de recesión económica que ha impactado de lleno en el sistema de la dependencia), 363 corresponden a Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar.

La tabla que observamos a continuación cuantifica los expedientes con resolución de Programa Individual de Atención registrados en el Centro Comarcal de Servicios Sociales de Villacarrillo, la cual comprende las Unidades de Trabajo Social de Villacarrillo, Villanueva del Arzobispo, Beas de Segura, Iznatoraf, Arroyo del Ojanco y Aldeas de Villacarrillo.

¹² Regulado en el art.29.1 de la “Ley para la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia”. Es elaborado por los Servicios Sociales correspondientes del sistema público y recoge las modalidades de intervención más adecuadas a la persona dependiente en función de los recursos previstos en la resolución para su grado y nivel.



Tabla 4. Relación expedientes con resolución de P.I.A en C.S.S.C.¹³ Villacarrillo.

Datos a fecha 12/02/2014										
U.E.D.		S.A.D.		R.P.M.		P.E.C.E.F.		TELEASIST.		TOTAL
33	3,54%	249	26,69%	103	11,03%	363	38,90%	185	19,82%	933

Fuente: Elaboración propia, con datos estadísticos procedentes del Centro de Servicios Sociales de Villacarrillo (2014).

En este sentido, en la Unidad de trabajo social del municipio de Villacarrillo de la Diputación Provincial de Jaén, objeto de nuestro Proyecto de intervención, se extraen los siguientes datos¹⁴.

Tabla 5. Recursos aplicados del sistema de dependencia a beneficiarios en C.S.S.C. de Villacarrillo.

Datos a fecha 12/02/2014										
U.E.D.		S.A.D.		R.P.M.		P.E.C.E.F.		TELEASIST.		TOTAL
15	3,50%	116	27,85%	53	18,84%	175	40,80%	70	16,32%	429

Fuente: Elaboración propia, con datos estadísticos procedentes del Centro de Servicios Sociales de Villacarrillo (2014).

Podemos observar que de todos los recursos ofrecidos por el sistema de dependencia, tanto en la comarca como en el municipio de Villacarrillo, la más solicitada y concedida corresponde a la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar, de aquí, la importancia del tema en este contexto específico.

Tras el análisis realizado desde el Centro de Servicios Sociales de Villacarrillo, sobre la población que comprende el colectivo de cuidadoras informales de personas dependientes, y siguiendo las premisas de lo establecido en la Ley de Dependencia, concretamente en su artículo 18.4, donde se deja constancia de la importancia de la formación:

¹³ P.I.A.: Programa Individual de Atención / C.S.S.C: Centro de Servicios Sociales Comunitarios.

¹⁴ UED: Unidad de Estancia Diurna; SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio; RPM: Residencia para personas Mayores; PECEF: Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar; PEVS: Prestación Vinculada al Servicio, TELEAS: Servicio de Teleasistencia Domiciliaria.



“El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso”.

Continúa en su artículo 36 donde se establece que se atenderá a la *formación básica* y permanente de los cuidadores que cuidan a las personas en situación de dependencia (art. 36.1), promoviendo los poderes públicos los programas y las acciones formativas que sean necesarios (art. 36.2).

Se ha llegado a la conclusión de que existe una falta de organización de actividades que den respuesta a las necesidades demandadas por este colectivo y que son de vital importancia para mantener la salud de las mismas. Por tanto, y ante las necesidades detectadas, observo de especial interés para estas cuidadoras que desde el Centro de Servicios Sociales Comunitarios y en coordinación con diversos organismos (Servicio Andaluz de Salud y Consejería de Salud y Bienestar Social), crear diversos talleres formativos a fin de impulsar el entrenamiento de habilidades para el autocuidado con la finalidad de paliar los problemas derivados de los cuidados.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Identificar la situación de las cuidadoras que proporcionan cuidados a las personas en situación de dependencia en su entorno habitual. Teniendo en cuenta parámetros de género y crisis económica. Con el fin de aliviar a través de una intervención integral y preventiva las situaciones de desgaste físico y emocional que se derivan de estos cuidados.

Para alcanzar este objetivo general, se hace necesario llevar a cabo los siguientes:



3.2 Objetivos específicos

- Identificar al colectivo de cuidadoras susceptibles de intervención.
- Ofrecer apoyo asistencial y social a las cuidadoras que realizan el esfuerzo de mantener en su entorno habitual a las personas en situación de dependencia.
- **Facilitar** conocimientos básicos, teórico-prácticos a las cuidadoras para mejorar el cuidado socio-sanitario y la atención a sus familiares dependientes.
- **Facilitar** a las cuidadoras de personas en situación de dependencia, el reconocimiento de que otras personas tienen problemas similares a los suyos.
- Promover que las cuidadoras informales apliquen los procedimientos y estrategias aprendidas para mantener y mejorar la autonomía personal del dependiente.

4. Metodología

Dada la importancia de un mejor conocimiento en nuestro contexto sociocultural de las cuidadoras de personas dependientes, se ha realizado un estudio previo al diseño y ejecución del presente proyecto de intervención. Tener un conocimiento del estado emocional y físico de las cuidadoras informales y de los factores a ellas asociados era crucial para desarrollar posteriores intervenciones con este colectivo.

Por lo que el presente Proyecto se ha desarrollado en tres fases claramente diferenciadas y complementarias. La realización de ambas ha sido necesaria, ya que para la detección del objeto de intervención se ha tenido que realizar un trabajo de campo previo al diseño del proyecto. En los párrafos siguientes, se detalla cada una de las fases:

a) En la **primera fase**, denominada de investigación social, (**llevada a cabo con anterioridad a la redacción de este Proyecto**) se ha realizado una aproximación al objeto de estudio para lo que se ha realizado un Estudio de Caso sobre las cuidadoras no profesionales que prestan atención y cuidados a personas en situación de dependencia del término municipal de Villacarrillo (Jaén). La población de referencia está compuesta por 175 cuidadoras censadas por el Centro de Servicios Sociales Comunitarios de Villacarrillo.



Para la aplicación del estudio cualitativo se ha seleccionado una muestra de 90 personas en base a un muestreo no probabilístico y estratégico en el que se han utilizado los siguientes criterios de selección:

- Llevar en el papel de cuidadora al menos 9 meses.
- Ser la principal responsable del cuidado.
- Presentar indicadores de riesgo ante el impacto del cuidado.
- Aceptación de participación en la realización de las actividades propuestas en este Proyecto de Intervención.

A la muestra seleccionada se le han aplicado dos técnicas de investigación cualitativas: entrevista en profundidad¹⁵ y observación directa del desempeño del rol de cuidadora en el domicilio de la persona en situación de dependencia.

Cuadro 1

FICHA TÉCNICA:

ÁMBITO: Trabajo Social, género, dependencia y crisis económica.

CLASIFICACIÓN: estudio de caso, cualitativo y descriptivo.

COLECTIVO OBJETO DE ESTUDIO: cuidadoras informales de personas en situación de dependencia en el municipio de Villacarrillo (175 censados).

TÉCNICAS PRIMARIAS APLICADAS: entrevista en profundidad, observación directa en el domicilio de las personas en situación de dependencia y sus cuidadoras.

FECHAS: 1 de enero de 2014 al 10 de febrero de 2014.

¹⁵ Para la entrevista se diseñó un guión semi-estructurado, compuesto de tres bloques de preguntas que recogían datos de interés socio-demográficos (edad, estado civil, situación laboral...), características generales de la situación del cuidado (tiempo diario de dedicación, utilización de recursos de ayuda formal e informal...), y tiempo y formación de la cuidadora (disponibilidad de tiempo propio, ocio, necesidades formativas en torno a la prestación de cuidados a la persona dependiente...).



b) La **segunda fase**, también **realizada previo al diseño del proyecto**, ha estado constituida por revisión documental y bibliográfica relacionada con el sistema de dependencia y con los efectos que produce ésta tanto en los dependientes, como en la familia y en el colectivo de cuidadoras, ya referida en la justificación y marco teórico.

c) La **tercera fase** pretende diseñar un Proyecto de Intervención, que justifique, encuadre y ejecute, una serie de intervenciones adaptadas a las necesidades y carencias detectadas en las cuidadoras de personas dependientes con el fin de mejorar su situación ante el impacto del cuidado.

El **método** que se utilizará para la puesta en marcha de éste proyecto será el Método de Acción Transformadora (Colombia 1969), ya que los principios operativos en los que se apoya (educación, socialización, organización y transformación) van a poder ser aplicados ante esta realidad.

Los contenidos, se impartirán a través de talleres formativos presenciales y clases prácticas en el propio domicilio de las cuidadoras. Un elemento importante en este proceso formativo son las exposiciones teóricas que no han de estar desligadas de la realidad.

Los talleres propuestos son:

- Creación de un grupo de ayuda mutua.¹⁶
- Taller de formación socio-sanitaria.
- Taller “Trabajamos en casa”.
- Taller “El cuidado de la cuidadora”.
- Taller de formación en redes sociales.

El Proyecto se ejecutará en un aula cedida por el Centro de Servicios Sociales Comunitarios. Allí se programarán las actividades de formación y se desarrollará todo el

¹⁶ Los grupos de ayuda mutua son intervenciones dirigidas a ofrecer apoyo, consejo, protección y acompañamiento a las cuidadoras durante el proceso de cambio en el cual deben ajustar su vida a las limitaciones que les impone el estar atendiendo a una persona dependiente. Son un espacio, un lugar de encuentro, donde se sienten comprendidas, escuchadas y apoyadas.



proceso de creación de los grupos participantes que accederán a los diferentes talleres. Todo este proceso estará supervisado por un equipo interdisciplinar (Trabajador Social, Psicólogo, personal sanitario y formadores), aunque se intentará en todo momento la plena autonomía de los miembros del grupo.

En la puesta en marcha y el desarrollo de estos talleres se proponen, entre otros, referentes prácticos aportados por las personas asistentes procedentes del ámbito personal o bien provenientes de las observaciones compartidas en situaciones reales, así como de la visualización de videos, de lecturas especializadas, donde la discusión y la crítica sean elementos indispensables en la formación, así como simulaciones que ayudarán a integrar conocimientos nuevos y a realizar análisis y verificación de los ya adquiridos. Se utilizará una metodología activa-participativa.

Los niveles de intervención se llevarán a cabo a nivel Individual (apoyando a cada uno de los miembros del grupo), Grupal (con el grupo en su conjunto) y Comunitario (coordinación con instituciones públicas y privadas).

5. Plan de Trabajo

La ejecución del proyecto se realizará en un plazo de 6 meses secuencialmente, poniendo en marcha los talleres propuestos, que se van a ir desarrollando progresivamente hasta conseguir los objetivos propuestos.

La temporalización se va a hacer en tres fases:

1ª Fase: organización de los talleres: 1 de junio a 1 de julio de 2014.

En esta fase se programarán las actividades de formación y se realizará una reunión con las participantes previamente seleccionadas (tal y como queda reflejado en la metodología) a fin de formar grupos de 15 personas lo más homogéneos posible (contamos con 90 cuidadoras por lo que tendremos 6 grupos de quince personas cada uno).



2ª Fase: puesta en marcha de los talleres: 14 de julio a 19 de diciembre de 2014.

Cada taller tendrá una duración de un mes, la periodicidad de las sesiones será de dos días a la semana con una duración de una hora y media cada una, y se distribuirán en clases de mañana y tarde entre los que se repartirán los distintos grupos de cuidadoras seleccionadas, quedando de la siguiente forma: un primer grupo de 15 participantes asistirá el primer día, por las mañanas de 10:00h a 11:30h, el segundo, con las siguientes 15 cuidadoras de 11:30h a 1:00h y un tercer grupo, también de 15 componentes, irá por la tarde de 18:00h a 19:30h, al igual sucederá con las restantes 45 alumnas que asistirán a clase el segundo día. Tanto el horario como los días de asistencia serán flexibles y habrán de adaptarse a las cuidadoras en base al tiempo libre disponible.

3ª Fase: Evaluación de los resultados: del 22 al 31 de diciembre de 2014.

Cronograma

Descriptor de Etapa	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Fase de recogida de datos y revisión bibliográfica	02/01 a 10/03											
Diseño del Proyecto de Intervención			11/03 a 26/05									
Organización de Talleres						01/06 a 01/07						
Creación y puesta en marcha del Grupo de Ayuda Mutua							14/07 a 14/08					
Taller de formación socio-sanitaria								18/08 a 17/09				
Taller Trabajamos en Casa									18/09 a 17/10			
Taller "El cuidado del cuidador"										20/10 a 20/11		
Taller de formación en redes sociales											21/11 a 19/12	
Clausura y entrega de diplomas												22
Evaluación de resultados												22 a 31
Coordinación con otras instituciones	02/01 a 31/12											



6. Utilidad, aplicabilidad, referencia y vinculación con la disciplina del trabajo social

El presente proyecto facilitará acciones de intervención social, políticas sociales y en materia de dependencia para todos aquellos profesionales que en un futuro estimen necesaria una intervención con el colectivo con el que hemos trabajado.

Los resultados contribuyen a la gestión y organización de la oferta formativa tanto del sector público como del privado, que facilitará no sólo la ampliación de conocimientos entre las mujeres que dedican sus cuidados a las personas en situación de dependencia sino la administración adecuada de su tiempo tanto de dedicación al cuidado como de ocio.

Se hace obvio que los profesionales del trabajo social hemos representado un papel pionero en el desarrollo de las prestaciones y servicios que se demandan para la atención de los dependientes, considerando que el Sistema Público de Servicios Sociales es la puerta de entrada de la Ley de Dependencia.

Son los profesionales del trabajo social de los Servicios Sociales, quienes gestionan las atenciones domiciliarias, el acceso a plazas concertadas en Centros Residenciales para Personas Mayores y Unidades de Estancia Diurna y los apoyos a las cuidadoras no profesionales, actuaciones primordiales para garantizar la protección a las personas en situación de dependencia y para hacer efectiva la Ley de Dependencia. Aun en declive de la misma los profesionales de Servicios Sociales, siguen peleando por los derechos de las personas catalogadas como dependientes.

En el desarrollo de este proyecto, hemos tenido en cuenta el modelo de organización social y económica basado en la división de roles entre hombres y mujeres. Es evidente que esta es la causa por la cual los cuidados de las personas dependientes recaen sobre las mujeres en el seno de la familia, sin que la incorporación de las mujeres al mundo laboral, se acompañe de la responsabilidad de los hombres de compartir los cuidados que requieren los familiares dependientes.



Consideramos muy importante incorporar la perspectiva de género en la intervención social y en este caso que nos ocupa, en el tratamiento de la dependencia. Ya que la aplicación de la misma, implica una toma de postura a favor de la igualdad de género en las diversas intervenciones, programas, proyectos y actividades que se desempeñan a favor de determinados colectivos que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

A mi juicio, el fortalecimiento de la cuidadora informal, teniendo en cuenta, que el impacto de la crisis económica ha frenado el desarrollo de la Ley de Dependencia, a través de medidas formativas es la mejor herramienta para intervenir tanto en la cuidadora informal como en los mayores dependientes del municipio de Villacarrillo, con el fin último de mejorar su calidad de vida.

Como reflexión final, cabe decir que todos los esfuerzos realizados con este proyecto de intervención, independientemente de los resultados y limitaciones, tienen como fin último ofrecer a las cuidadoras, con paciencia y comprensión, tal y como aparece en la cita inicial de la primera página, un tiempo para “plantar”, ya que en numerosas ocasiones estas se encuentran demasiado sobrecargadas, sin tiempo para nada, ni siquiera para pensar en ellas mismas. Por eso conseguir que las cuidadoras se encuentren mejor, puede parecer un objetivo sencillo, pero alcanzarlo es sin duda alguna, un gran logro tanto para los profesionales que forman parte en la puesta en marcha de este proyecto como para otros futuros.

7. Conclusiones

- Independientemente del grupo sociocultural de referencia, son las características del cuidador/a y no del contexto del cuidado las que mejor explican la problemática emocional de las cuidadoras. No obstante es necesario seguir estudiando la influencia del cuidado de una persona dependiente sobre la salud física y mental de las cuidadoras informales. Una problemática que pese a su importancia no ha sido lo suficientemente estudiada en nuestro país.



- Cuidar de un familiar mayor dependiente en el propio hogar supone una situación de estrés que aumenta el riesgo de padecer importantes alteraciones a nivel físico y psíquico. Por lo que las cuidadoras se verían muy beneficiadas por proyectos de intervención dirigidos a enseñarles a manejar la situación de estrés con la que han de enfrentarse al desempeñar ese rol.
- En los últimos años se ha producido un importante giro en el modo de abordar la cuestión de la cuidadora informal, no obstante, las mujeres cuidadoras de mayores dependientes del municipio de Villacarrillo han permanecido y permanecen, en gran medida, invisibles al responder a los prototipos y patrones fijados socialmente y sufren las consecuencias de los estereotipos sociales que ellas mismas acaban interiorizando.
- Este proyecto se basa en la conjunción de tres constructos que confirman relaciones de poder: Crisis económica-Dependencia-Género, siendo el interés de intervención la cuidadora informal, debido a que la dependencia se ha configurado como un problema de mujeres, dado que una gran mayoría de cuidadoras informales son mujeres. Su experiencia ha estado ausente durante mucho tiempo por parte de la administración y cuando aparece una Ley que les aporta un respiro, nos encontramos en un contexto de crisis económica en el que lo primero que se intenta dismantelar en el Estado de Bienestar Social es la citada Ley. Este hecho provoca un retroceso importante en la igualdad real y efectiva de intervención en mayores dependientes, volviendo al modelo tradicional de atención familiar.
- Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo introducen nuevos factores que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención, siendo el problema fundamental que todas las políticas ofrecen unos servicios y ayudas insuficientes que sólo alcanzan a una pequeña parte de los que las necesitan.
- Las políticas de apoyo a cuidadoras deberían ser políticas de reducción de desigualdades y fomento de la equidad, ya que éstas se basan en la permanencia del



dependiente el mayor tiempo posible en su hogar para evitar la ruptura con su entorno y pérdida de inserción social, considerando ésta, una respuesta más humana y menos costosa. En esta línea argumental se proponen acciones formativas para la cuidadora informal, ya que reciben poco o ningún entrenamiento, considerando que el riesgo de atención inadecuada no está ausente, especialmente cuando no se controla el destino de las prestaciones.

8. Referencias Bibliográficas

- Ander-Egg, E. (1982). Metodología del Trabajo Social. Ed. Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas. Alicante.
- Campo, M.J. (2000). “Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora”. En CIS, Opiniones y Actitudes, 31. Madrid.
- Coelho, P. (2004). Vida: Sección de Citas (pp-20). Barcelona: Planeta. Libros.
- Estudios Sociales de la Fundación “La Caixa” (2010): “*El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*”. Madrid.

Estudios y guías de cuidados consultados:

- Caster, A., Ribas, J., Gelonch, M., Grau, B., Puig, J.M., (2003): “El síndrome del cuidador no profesional: ¿existen diferencias en función de la patología del enfermo a cuidar?”. *Revista de Psicogeriatría*.
- Crespo, M., y López, J., (2005):(2007). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Como mantener su bienestar”. Madrid: IMSERSO.
- Guía para enfermos de Alzheimer: “Querer cuidar saber hacerlo”. Dirección General de Mayores. Madrid (2006).
- López, J. y Crespo, M.(2008): Guía de cuidadores de personas mayores. IMSERSO.
- Obra Social El Alma de “La Caixa” (2010). Un cuidador dos vidas.
- Fundación Caser para la Dependencia (2012): “Crisis y Atención a la Dependencia. Efectos sobre el empleo y las familias”.



- García, F., (2010). La intervención Profesional en Trabajo Social: Supuestos Prácticos I. Colegio Oficial de Diplomados en trabajo Social. Málaga.
- Gordillo, N.A.,(2007): “Metodología, método y propuestas metodológicas en trabajo social”. *Revista de tendencia a Retos* nº 12: 119-135.
- IMSERSO (2005). “Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares. El entorno familiar”. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2005). “Envejecimiento Activo en la Sociedad Española”. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INE: INEBASE: Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. INE (2004).
- Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE nº 298, de 14 de diciembre de 1999.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España (2004). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Libro Blanco del Envejecimiento Activo en Andalucía (2010). Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Moreno, L. (2003). Bienestar Mediterráneo y supermujeres. Documento de trabajo. Unidad de Políticas Comparadas. Madrid.
- Nuñez, F. (2004). Dependencia y escalas de valoración. Mayores en casa. Madrid.
- Obra Social Fundación “La Caixa”: “Las mujeres cargan con el peso de la dependencia en España en un modelo que perpetúa el cuidado familiar”. Volumen 28 de la colección de Estudios Sociales.
- Observatorio Estatal de la Dependencia: Informe: “Impacto económico de la reforma de la Ley de Dependencia”.
- Revista Números Rojos: “Decenas de miles de dependientes han muerto sin ser atendidos”. En <http://blogs.publico.es/numeros-rojos/2013/12/24...>
- Rodríguez, C., (2004). El estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos. Madrid: Edit. Fundamentos.



9. Anexos



FICHA DE INSCRIPCIÓN

Nombre:
Apellidos:
Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Población:
Provincia:
Teléfono de Contacto:
Talleres en los que se va a inscribir:
☐ Creación de un grupo de ayuda mutua. ☐ Taller de Formación socio-sanitaria. ☐ Taller “Trabajamos en casa”. ☐ Taller “El cuidado de la cuidadora”. ☐ Taller de formación en redes sociales.
Preferencia de asistencia:
☐ Turno de mañana ☐ Turno de tarde
En Villacarrillo, a ____ de _____ de 2014.
Fdo.: _____.



FICHA DE SEGUIMIENTO DE ASISTENCIA

Nombre y Apellidos	Fecha	Hora de entrada	Hora de salida

Esta ficha nos va a servir para evaluar el grado de satisfacción con los talleres (la asistencia a clase, la puntualidad y la relajación a la hora de salida se consideran indicadores importantes).



ENTREVISTA INICIAL PARA EVALUACIÓN

1. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando a su familiar dependiente? (Indicar la cantidad en meses o años?)

2. ¿Es cuidadora de una sola persona en situación de dependencia? Si la respuesta es si, se especifica el número.

3. ¿Qué parentesco tiene usted con la persona a la que cuida?

4. ¿Qué tipo de enfermedad tiene diagnosticada su familiar?

5. ¿Qué grado de autonomía tiene?
Mucha
Poca
Ninguna

6. Género de la persona cuidada
Varón
Mujer

7. ¿Qué edad tiene la persona a la que cuida?

8. ¿Cuántos años tiene usted?



9. ¿Cuál es su estado civil?
10. ¿Tiene hijos? Especificar edades de los hijos.
11. ¿Qué estudios terminados tiene usted?
12. ¿Realiza algún trabajo fuera de casa?
13. ¿Cuántos días a la semana recibe su familiar dependiente su atención?
14. ¿Cuántas horas dedica al día a propiciar estos cuidados?
15. Tareas que realiza para cubrir las necesidades básicas de la persona dependiente a la que cuida.
16. ¿Compatibiliza sus cuidados con algún servicio de ayuda a domicilio o unidad de estancia diurna?
17. ¿Tiene su familiar dependiente servicio de Teleasistencia domiciliaria?
18. ¿Recibe apoyo informal de algún familiar, amigo, vecino...?



19. ¿Por qué razón es usted la cuidadora de su familiar en situación de dependencia?
20. Motivos que la llevaron a ser la cuidadora informal.
21. ¿Ha pensado en algún momento ingresar a su familiar dependiente en un Centro Residencial?
22. ¿Cuánto tiempo dedica usted a cuidarse a si misma?
23. ¿Dispone de tiempo libre?
24. ¿Cuál considera que es su estado de salud?



CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN TRAS LA ASISTENCIA A LOS TALLERES

Contestar a este cuestionario nos ayudará a mejorar nuestro proyecto. Estamos interesados en sus opiniones sinceras. Por favor conteste todas las preguntas rodeando debajo de cada ítem el número que corresponda a la respuesta elegida.

1.- ¿Cómo calificaría usted el servicio que ha recibido?

1. Excelente
2. Buena
3. Regular
4. Malo

2.- ¿En qué medida nuestro proyecto ha satisfecho sus necesidades?

1. Totalmente
2. En general
3. Parcialmente
4. Ninguna

3.- ¿En qué medida está satisfecha con el tipo de ayuda recibida?

1. Muchísimo
2. Mucho
3. Bastante
4. Poco

4.- ¿Le han ayudado las enseñanzas recibidas a hacer frente eficazmente a sus problemas?

1. Mucho
2. Bastante
3. Poco
4. Nada



5.- En conjunto ¿en qué medida está satisfecha con el contenido de los talleres a los que ha asistido?

1. Mucho
2. Bastante
3. Poco
4. Nada

6.- Si tuviera que buscar ayuda otra vez ¿volvería a participar en un proyecto como el nuestro?

1. No
2. Probablemente no
3. Probablemente si
4. Si



Los datos contenidos en el presente trabajo se corresponden a datos disociados contemplados en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y su Reglamento de desarrollo, aprobado por R.D. 1720/2007, de 21 de diciembre, no contraviniendo las prohibiciones y derechos amparados por dichas normas.