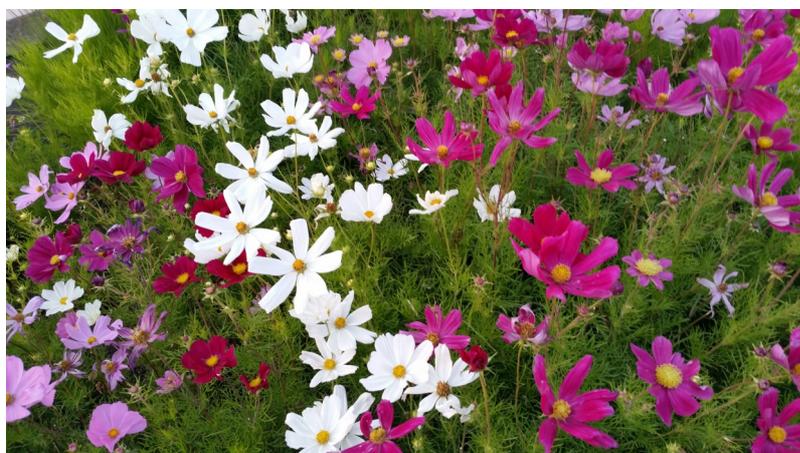


*Cuaderno práctico: el cambio de actitudes en el cuidado  
La prevención y promoción de la salud en personas cuidadoras "Modelo Cuidado Equilibrado"*

## **EL CAMBIO DE ACTITUDES EN EL CUIDADO: CUADERNO PRÁCTICO**

**LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS CUIDADORAS**

**DESDE EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO**



**CEU**  
*Universidad  
San Pablo*



## EL CUIDADO EQUILIBRADO COMO MODELO INTEGRADOR EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: POSIBILIDAD Y DESARROLLO.

### CUADERNO PRÁCTICO: EL CAMBIO DE ACTITUDES EN EL CUIDADO 2019

Dirección y coordinación

Unión Democrática de Pensionistas (UDP)

#### Organismos participantes

UDP en colaboración con la Universidad CEU San Pablo

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (financiación)

#### Equipo Técnico

MODELO TEÓRICO /INTERVENCIÓN:

María Dolores Ortiz Muñoz y Teresa Martínez Aparicio (UDP)

METODOLOGIA INVESTIGACIÓN

Cristina Noriega García y Javier López Martínez (Universidad CEU San Pablo)

#### Sede Central UDP

Departamento de Dirección y Administración C/ Alcalá, 178 bajo 28028 Madrid

Teléfono 91 542 02 67 Fax 91 542 77 35

Web: [www.mayoresudp.org](http://www.mayoresudp.org)

E-mail: [udp@mayoresudp.org](mailto:udp@mayoresudp.org)

## INDICE

Preámbulo	4
1.- Modelo de cuidado equilibrado: un nuevo modelo integrador para el cuidado de larga duración	6
2.- El modelo de cuidado equilibrado y su fundamentación	8
3.- La necesidad de realizar programas preventivos desde el modelo de cuidado equilibrado	15
4.- Principales líneas de intervención	16
5.-Programa de cambio de actitudes como herramienta de prevención y promoción de la salud	19
6.-Diseño de la intervención cambio de actitudes	24
7.- Resumen de resultados de investigación asociada modelo cuidado equilibrado proyectos UDP-CEU 2019	34
8.- Comentarios y retos futuros : cambio de actitudes en el cuidado	45
9.- Difusión de resultados	46
ANEXO 1.Cuestionario de Actitudes hacia el Modelo de Cuidado Equilibrado	48

## **PREÁMBULO**

Soñar y hacer realidad tus sueños, es de las experiencias más gratificantes a nivel profesional y personal que te puede ofrecer la vida. Saber que tu esfuerzo ayuda a favorecer una sociedad más sana, que no solo alivia sufrimientos y modifica pensamientos distorsionados sino que los previene, favoreciendo la calidad de los cuidados, el fortalecimiento de redes familiares / allegados y la vida en general, contribuyendo nuestra dedicación y horas de trabajo a que nuestra sociedad avance en igualdad, corresponsabilidad y justicia social, es una gran satisfacción. *Es en definitiva una apuesta personal y profesional por mejorar la calidad de vida de todos/as.*

Este sueño es parte de un mundo real, donde existe lo humano, lo cercano, la ilusión, el compromiso y el cariño. Gracias a nuestras familias y amigos/as que han entendido y apoyado siempre nuestro trabajo, soportado nuestros desvelos, transmitiéndonos ese abrazo tan importante cuando nuestro trabajo se desarrolla, a veces, lejos de nuestros domicilios . Gracias a cada uno de los participantes en los estudios piloto experimentales por confiar en nuestro bien hacer. Gracias a todas esas personas que desde el altruismo máximo emplearon su tiempo en rellenar nuestros cuestionarios / escalas que nos permiten avanzar en el conocimiento. Desde los equipos de zona gracias a Sara y a Susana, que captaron e hicieron posible las experiencias piloto con personas cuidadoras en Aragón y con Mujeres rurales no cuidadoras en Albacete. Gracias a Ángela que lidió con la base de datos. Gracias a todo el personal de los balnearios en Alhama de Aragón y en Cofrentes que ofrecieron toda la infraestructura y contexto humano y cálido de las intervenciones.

Queríamos garantizar la realización de buenas prácticas innovadoras conjugando siempre el desarrollo teórico con la buena práctica profesional desde un modelo de investigación- acción. Nuestro agradecimiento sincero a la Universidad CEU - San Pablo por acompañarnos siempre, desde la confianza en nosotras y por iluminarnos el camino a recorrer, con sus análisis de datos y apoyo metodológico, por estar siempre accesibles, por su implicación, dedicación, buen hacer y sobre todo por su calidad humana. Especialmente a Javier López y a Cristina Noriega que son un lujo tenerlos a nuestro lado.

Y como no, gracias a la Unión Democrática de Pensionistas y a todo su equipo, por creer de nuevo en nosotras, por propiciar el avance del conocimiento, por su compromiso con la sociedad en general pero en especial con esas personas cuidadoras, familiares cuidadores de sus mayores vulnerables en situación de dependencia. Por apostar siempre por favorecer el buen trato en corresponsabilidad social “yo te cuido, tu me cuidas”.

Por último nuestro profundo agradecimiento al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por elegir este proyecto para ser financiado y hacer posible la experiencia de investigación en este ámbito. Esperamos que el esfuerzo conjunto de todos/as revierta en construir un futuro mejor para todos/as.

## **1.- MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO: UN NUEVO MODELO INTEGRADOR PARA EL CUIDADO DE LARGA DURACIÓN**

El modelo de cuidado equilibrado (Ortiz & Martínez, 2013) es un modelo teórico propuesto para organizar el cuidado y ser aplicado en aquellos casos donde el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia es de larga duración y por tanto se prolonga en el tiempo. Situación cada vez más frecuente en nuestra sociedad, en la que la esperanza de vida y por tanto el tiempo de cuidados ha aumentado marcadamente durante las últimas décadas.

Organizar el cuidado como siempre habíamos hecho “Cuidar de manera Clásica”, organizado centrado en cubrir casi en exclusiva las necesidades de la persona en situación de dependencia es sostenible en periodos cortos de tiempo, pero cuando este se prolonga durante años frecuentemente abnegadamente, el cuidado es desajustado. Existe pues el peligro que la resistencia psicológica (resiliencia) de las familias cuidadoras se agote, y aparezcan en estas familias entregadas al cuidado cuadros de ansiedad, depresión que junto con otras consecuencias frecuentemente son descritos en la literatura. La cercanía de la relación y el prolongado tiempo que pasan juntos son factores fundamentales a la hora de entender lo agotadora que puede ser la experiencia. Existe una manera diferente de organizar el cuidado “cuidado equilibrado”, con el mismo objetivo, cuidar a nuestros familiares en situación de dependencia. Los retos que plantea el cuidado pueden dar a la persona cuidadora energía y experimentar satisfacciones si al final logramos un equilibrio de vida cuidando también de nuestro entorno familiar. Cuidar tiempos prolongados y con frecuencia en solitario afecta en muchas ocasiones a la salud (física y mental) de la persona cuidadora principal y a todos los ámbitos de la vida en general como es funcionamiento personal, laboral, de pareja y de la vida familiar.

El mantenimiento de un cuidado tradicional con valores y creencias arraigadas de roles diferenciados de género en el cuidado agudiza y dificulta realizar ajustes adaptativos y equilibrados. Una vez que se produce por una u otra circunstancia el agotamiento, el colapso de recursos personales, familiares del entorno, las personas cuidadoras principales, corren el riesgo de deprimirse o angustiarse en exceso, repercutiendo e influyendo todos los ámbitos de su vida incluyendo en la persona en situación de dependencia y en los cuidados que recibe. Aplicar un modelo más sostenible y equilibrado, es beneficiar a todos /as favoreciendo también el buen trato de la persona en situación de dependencia.

En definitiva, los profesionales debemos de aplicar una mirada más amplia e integradora en el cuidado. No solo debemos contemplar a la persona en situación de dependencia y su cuidador/a principal, sino entender que el cuidado es un sistema en el que se reconoce la importancia no solo de los agentes directos sino de todo lo que compone la sociedad en su conjunto.

El “Modelo de Cuidado equilibrado” desde el punto de vista social debe favorecer tres aspectos diferenciados (Ortiz & Martínez, 2013) contemplando la perspectiva de “género”:

1. El cuidado responsable del familiar objeto de atención.
2. El autocuidado de la persona cuidadora principal.
3. La conciliación de la vida personal, familiar y laboral garantizando la corresponsabilidad en el cuidado

Esta visión integradora y su aplicación genera un modelo de sociedad más sana, igualitaria, justa e inclusiva. En un primer análisis microsociológico tiene dos aspectos fundamentales, primero la mejora de la calidad de la relación del cuidado y segundo la consecución de un estado de salud y bienestar biopsicosocial por parte de todos los integrantes implicados en la relación del cuidado.

## **2. EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO Y SU FUNDAMENTACIÓN**

El modelo de cuidado equilibrado (Ortiz & Martínez, 2013) es un modelo teórico, que surge como resultado de una experiencia acumulada durante varios años, de intervención profesional y humana, en el ámbito de la atención a las personas mayores en situación de Dependencia. Experiencia y dedicación plena, que nos ha brindado la posibilidad de profundizar, no solo en la problemática real en que viven las personas mayores dependientes, sino en la realidad de aquellas otras, que día a día, y durante un tiempo indefinido, invierten una parte importante de su vida, en esa sutil relación que es el cuidado de la persona en situación de necesidad. Las personas que ostentan el cuidado, son un motivo fundamental sobre el que gravita el Modelo de Cuidado Equilibrado.

Los cuidadores, desde nuestra citada experiencia y observación continuada, lejos de ser contemplados como un elemento subordinado y/o secundario a la persona mayor dependiente y su situación peculiar, han pasado a constituir un elemento de importancia primaria, una realidad que demanda ser considerada, comprendida y estudiada. Comprendida y estudiada, tanto desde su perspectiva individual, como personas que piensan, sienten y actúan, como desde su significado social, dentro de un contexto cultural y actitudinal que trasciende la persona y que constituye una realidad externa de amplias dimensiones, con claras proyecciones sobre formas concretas de actuar y construir el esquema del cuidado. El Modelo de Cuidado Equilibrado, contempla ese universo cultural, que dirige las percepciones, las atribuciones y los papeles que adoptan los actores, en definitiva, ese conglomerado que fija los destinos de las personas como entes individuales, quizá desde esquemas no del todo acordes con los intereses, derechos y condiciones de salud y estabilidad de los que ostentan la responsabilidad del cuidado. Un universo cultural y actitudinal, que en muchos casos, se ha ido consolidando, desde tiempos pretéritos y en base a esquemas de pensamiento, actitudes y valores anacrónicos, que hoy en día parecen coexistir con otras visiones más adaptadas y realistas, rigurosas y científicas, y que *demandan cambios en cómo debe ser el planteamiento y la estructura del cuidado*, integrando tanto la realidad y necesidades del mayor dependiente como las de la/s personas que ostentan la función del cuidar.

El Modelo de Cuidado Equilibrado, *como enfoque teórico que surge de la praxis* y no de planteamientos especulativos, es por tanto un modelo de amplio espectro e integrador, que utiliza *la visión*

*en perspectiva* como herramienta de pensamiento y fundamentación teórica, e incluye todos los aspectos que intervienen y definen la sutil relación entre el microsistema de la relación de cuidado, y el macrosistema que aglutina todo el entramado de contenidos que otorgan una poderosa influencia en cuanto las formas de entender la realidad (vg. La persona dependiente y la relación de cuidado), los sentimientos y emociones asociados y los comportamientos que a su vez refuerzan y dan consistencia al sistema que los infunde.

Entre esos contenidos, que en gran medida constituyen el conjunto intersección entre la persona y el referente cultural, hay que destacar **las actitudes**, como elemento activo que determina y orienta formas concretas de proceder, y que pueden dar lugar a consecuencias tanto en un sentido positivo como adverso a las necesidades e intereses de la/s persona implicadas en la relación de cuidado y sus condiciones de existencia y equilibrio vital.

Estamos en un momento, en que la relación de cuidado supone una dedicación y esfuerzo cada vez más prolongados en el tiempo, y eso es consecuencia directa del aumento de la esperanza de vida y por tanto de las enfermedades degenerativas que cursan con gradientes progresivos de dependencia. Este *aspecto cuantitativo del cuidado*, cuando se une a las formas y estilos obsoletos en que se desarrolla esa actividad (*aspectos cualitativos del cuidado*), a la larga produce cambios y restricciones que sufre la persona cuidadora, que dan lugar a efectos adversos sobre su equilibrio biológico, psicológico y social.

Persistir en formas de cuidar propias de etapas anteriores (“modelo clásico de cuidado”), en que la dimensión cuantitativa del cuidado, era de mucha menor intensidad, e intentar compatibilizarlas con las exigencias de un cuidado prolongado (en muchas ocasiones de varios años, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida) desemboca a menudo en situaciones que desafían la capacidad de resistencia de la persona cuidadora (resiliencia), dando lugar a formas diversas de claudicación que se manifiestan, tanto en el deterioro de su estado de salud, como en la pérdida de calidad de la misma relación de cuidado.

El modelo clásico de cuidado, o *cuidado centralizado*, se fundamenta en la relación unidireccional (“de fuera hacia adentro”), en que la persona dependiente se situaba en el centro del sistema, siendo el foco principal y exclusivo de interés, sobre el que recaían todo el conjunto de atenciones y cuidados (“satélites”) orientados a paliar su situación defectual o de necesidad. Todo ello, obviando o desatendiendo el resto de elementos del sistema de cuidado, en su mayoría personas, y predominantemente mujeres, cuya realidad se fundía en la realidad de la persona cuidada.

Este modelo abnegado, en que se desestima el "yo" y se hipertrofia la importancia "del otro", al que se supedita y debe por obligación moral o por imperativos de rol (muy habitualmente rol de género), puede ser considerado como un *modus operandi* sostenible en periodos cortos de tiempo ("fase aguda" de la enfermedad), cuyos costos en salud y homeostasis personal y social del cuidador sean apenas apreciables o de pronta resolución o restablecimiento. No es extraño (e incluso frecuente) escuchar apreciaciones de alta motivación y satisfacción por parte de las personas cuidadoras y constatar evidencias de dedicación plena, afán y persistencia en las actividades demandadas por la situación. Durante las primeras fases ("fase de alarma" en términos del modelo clásico de estrés), se puede ver en muchas ocasiones, un gran despliegue de recursos orientados a la atención y mejora de la calidad de vida del mayor dependiente, con elevada percepción de autocontrol y "alta energía" por parte de la persona cuidadora. Quizá el situar en segundo plano las actividades y "aparcar temporalmente el *modus vivendi*" de la persona activa (incluyendo su actividad laboral, sus relaciones de pareja o con los hijos y amigos, sus actividades de ocio, etc.) sea una consecuencia lógica, potencialmente adaptativa y socialmente comprensible, ante esta situación crítica que se ha presentado, a veces de súbito, y que demanda cambios y decisiones rápidas.

El gran reto que se plantea, es cuando persiste en el tiempo la situación que ha dado lugar a los reajustes del sistema y los cambios consecuentes en la vida de la persona cuidadora. La inversión inicial de recursos o las renunciaciones ("inicialmente temporales o de carácter urgente"), pueden desembocar en pérdidas definitivas o daños irreparables que supongan una merma real de la persona y su situación vital, personal, económica, laboral, afectiva y un largo etcétera. Y evidentemente, en su estado de salud (fase de claudicación en el modelo de mantenimiento del estrés). Este modelo clásico de cuidado abnegado, que supone de forma obligada renunciaciones y pérdida de oportunidades, al mantenerse en el tiempo, pierde por completo su posible valor funcional propio de las fases iniciales del cuidado (fase aguda o de alarma) consolidándose, por su cronicidad, una situación de restricción vital del cuidador, que constituye una situación de clara desventaja y desequilibrio, produciéndose cambios en diversos órdenes (constatados y evidenciados en nuestra experiencia profesional con grupos de cuidadores):

1. Psicológicos como, ansiedad, depresión, patología psicósomática, sentimientos de culpa/fracaso, pérdida de percepción de control y manejo, indefensión y desesperanza.
2. Problemas relacionales: reducción/restricción/pérdida de la red social y el universo interpersonal, desajustes de pareja.
3. Impacto económico: reducción de jornada laboral o renuncia a la actividad para dedicación al cuidado con la consiguiente merma de los ingresos.
4. Problemática física como consecuencia de la situación de estrés mantenido: problemas

cardiovasculares, hipertensión, digestivos.

Estos cambios a su vez, repercuten en muchas ocasiones de forma directa en la misma relación de cuidado (efecto paradójico), observándose formas sutiles de negligencia, claudicación, abandono y trato emocionalmente adverso con la persona dependiente.

La experiencia y la evidencia constatada en diferentes estudios de investigación, desvelan un factor vinculado al género en el modelo clásico de cuidado, recayendo la carga del mismo en la mujer de forma predominante (feminización del cuidado). Los cambios en la condición de las mujeres respecto a épocas anteriores, han ido diluyendo en el tiempo su papel tradicional, desde el modelo familiar patriarcal, según la cual, ostentaban por rol cultural, la responsabilidad del cuidado de los integrantes de la unidad familiar más vulnerables (niños y mayores enfermos o en situación de dependencia). La progresiva conquista de derechos, su integración en el mundo laboral y los avances en igualdad, coexisten, de forma contradictoria, con esa realidad residual que conforma y mantiene "las expectativas de rol de género", propias de épocas anteriores. En definitiva, se solapan modelos de cuidado clásico o centralizado con formas alternativas y más ajustadas de atención a las personas en situación de dependencia, trayendo como consecuencia, no solo una situación de desventaja y pérdida de oportunidades en el caso de las mujeres, sino también, un factor de riesgo para la salud (vinculado al género). Esta relación causal debe su existencia a determinadas formas de percibir la realidad, creencias y sentimientos arraigados a las mismas (actitudes) que sobreviven de una forma anacrónica, que crean comportamientos y que se perpetúan por su repetición. Por este motivo, el estudio de la relación del cuidado, implica necesariamente una visión perspectiva de género, en particular, así como un desvelamiento de las creencias, valores y actitudes que persisten en el macrosistema cultural y que inciden de forma negativa, tanto en la salud y equilibrio de las personas implicadas en el cuidado, como en la misma relación de cuidado.

**Sistema de cuidado de larga duración:  
diferencias entre cuidado centralizado  
y descentralizado**



**MODELO DEL CUIDADO EQUILIBRADO**

Generar en la sociedad una cultura de organización del cuidado desde el modelo de cuidado equilibrado traerá como consecuencia unos menores costes en salud, al tiempo que contribuirá al fortalecimiento de las redes de apoyo social. Además este nuevo modelo supone abordar programas de intervención preventivos que favorezcan y propicien la organización del cuidado desde el inicio, eliminando el modelo patriarcal del cuidado, potenciando sus elementos positivos y satisfactorios, amortiguando los elementos negativos que perjudican la salud y que producen diferentes desequilibrios en la vida.

Concebir el cuidado como un sistema abre la puerta al diseño de intervenciones que incorporen actuaciones con otros agentes del mismo, entre los que se encuentran no solo las personas cuidadoras principales sino también las personas cuidadoras de apoyo, el entorno relacional y familiar en los que se desarrolla los cuidados, el entorno social y convivencial que es testigo de los cuidados, profesionales y en general toda la sociedad en su conjunto.

*Actualmente contamos con amplio volumen de datos que abalan científicamente la pertinencia de diseñar intervenciones desde el “Modelo de cuidado equilibrado”. Durante 10 años lo hemos aplicado en un programa de intervención grupal sociopsicoeducativo breve desarrollado durante un fin de semana en balnearios denominado “CuidarelaX”. Este programa de eficacia reconocida incorpora en su intervención*

*no solo a las personas cuidadoras principales sino también a las personas que les apoyan en el cuidado. Aplicar el modelo de cuidado equilibrado con personas cuidadoras de larga duración en el cuidado produce una mejora en la calidad de vida en general, produce claras mejoras emocionales y de salud (disminuye ansiedad /carga de cuidado, tiende a disminuir depresión y aumenta satisfacción en el cuidado), mejora relaciones convivenciales y de pareja entre otros muchos beneficios. Así mismo hemos constatado la importancia de incorporar en las intervenciones con cuidadores la perspectiva de género, no solo por abordar aspectos obvios como es el de la feminización del cuidado, sino porque es una variable de primer orden fundamental en la estructuración de los cuidados y en la toma de decisiones de todos los agentes que componen el sistema de cuidado.*

*Señalamos algunos otros datos que la investigación aportó 2015 con una muestra 505 sujetos avalan la necesidad de ahondar en el conocimiento en las intervenciones desde la perspectiva de género, así diseñar programas orientados a la atención, prevención y promoción de la salud de las personas cuidadoras.*

#### ***Perfil prototípico de la persona cuidadora principal “CUIDARELAX”***

- *mujer*
- *de mediana edad,*
- *que lleva 6 años y medio cuidando*
- *dedica al día unas 14 horas al cuidado,*
- *principalmente hijas de la persona mayor cuidada,*
- *con estudios medios,*
- *sin trabajo,*
- *la razón del cuidado era extrínseca*
- *casi un tercio consumía algún tipo de psicofármacos para poder sobrellevar el malestar producido por el cuidado.*

***Perfil prototípico de la persona cuidadora de apoyo “CUIDARELAX”***

- *cuidador varón,*
- *de mediana edad,*
- *yerno del mayor cuidado,*
- *con estudios medios*
- *trabaja en la actualidad.*

***Perfil típico de medicación que toman personas cuidadoras***

***(34% de los cuidadores consumen algún tipo de fármacos):***

- 1. Ansiolíticos (35% de los casos)*
- 2. Antidepresivos ( 31% de los casos)*
- 3. Ansiolíticos + Antidepresivos ( 11% de los casos)*
- 4. Antipsicóticos ( 4% de los casos)*
- 5. Terapias alternativas ( 1% de los casos)*

*Desde comprobar el beneficio de aplicar intervenciones con personas cuidadoras principales y de apoyo , ahora es el momento de dar un paso más. Diseñar intervenciones con otros colectivos del sistema de cuidado. En esta línea enmarcamos las experiencias piloto motivo de este cuadernillo. Es el comienzo de una línea de intervenciones orientadas a la prevención y promoción de la salud en la población general y grupos de riesgo.*

### **3.- LA NECESIDAD DE REALIZAR PROGRAMAS PREVENTIVOS DESDE EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO**

El conocimiento que actualmente tenemos sobre las consecuencias que tiene la aplicación del modelo clásico del cuidar son , a veces devastadoras, en nuestra sociedad. Lograr una nueva forma de organizar el cuidado de las personas mayores en dependencia requiere desarrollar una cultura del cuidado desde nuevas miradas y compromisos que interioricen respuestas congruentes en la acción y pensamiento, la solidaridad, la igualdad y la diversidad en nuestra sociedad. Minimizando el impacto de las consecuencias negativas del cuidar, potenciando los aspectos positivos y avanzando en la construcción de una sociedad mas justa, mas sana, igualitaria y comprometida. Para ello hay que diseñar nuevas líneas de intervención preventivas dirigidas a otros colectivos mas allá de las intervenciones con personas cuidadoras principales. En realidad todos y cada uno de nosotros/as podemos convertirnos en personas cuidadoras en cualquier momento de nuestra vida. Preparar a nuestra sociedad para abordar y organizar el cuidado de nuestros seres queridos de una forma mas sana y equilibrada se convierte en una prioridad de salud pública y de compromiso social. Como conclusión valoramos la necesidad urgente de diseñar e incorporar programas preventivos.

Recordar, como ya habíamos referenciado anteriormente, que partimos de una larga experiencia de intervención-investigación-acción. De manera continuada desde 2019 en diferentes comunidades autónomas, en diferentes entornos sociales (rural, urbano), hemos venido realizando un programa de prevención terciaria con personas cuidadoras principales y de apoyo “CuidarelaX”, aplicando el modelo de cuidado equilibrado. Los beneficios de este programa validan el avanzar en este tipo de intervenciones.

A continuación desarrollaremos las principales líneas de intervención, que valoramos como necesario avanzar.

## **4.- PRINCIPALES LÍNEAS DE INTERVENCIÓN**

Enumeramos las principales líneas de intervención que posteriormente desarrollaremos:

- ❖ Cambiar el paradigma del cuidado de larga duración
- ❖ Sensibilizar a la sociedad de que el cuidado de las personas en situación de dependencia no es responsabilidad exclusiva de sus familiares/allegados cuidadores
- ❖ Romper con el techo de cristal de género en el cuidado (patriarcado / heteropatriarcado).
- ❖ Abordar la prevención y promoción de la salud en el cuidado de Larga duración.
- ❖ Poner en positivo el valor de cuidar como base de la construcción social.

**4.1 Cambiar el paradigma del cuidado de larga duración** de los modelos clásicos de cuidado centralizado, en que la prioridad y objetivo exclusivo era atender a las necesidades de la persona dependiente (que configura y condiciona a su vez “un estilo abnegado de cuidado”, por parte del entorno protector próximo) a un modelo de cuidado equilibrado descentralizado e integrador.

**4.2 Sensibilizar a la sociedad de que el cuidado de las personas en situación de dependencia no es responsabilidad exclusiva de sus familiares/allegados cuidadores**, reconociendo la importancia y el compromiso que el resto de los componentes tienen en el sistema de cuidado, como elementos fundamentales. Surge la necesidad de incorporar intervenciones mas globales, transversales e integradoras con el conjunto de la sociedad.

**4.3 Romper con el techo de cristal de género en el cuidado (patriarcado / heteropatriarcado).** Todos los estudios indican la feminización del cuidado, tanto a nivel personal, profesional como familiar. Las consecuencias en muchas ocasiones ponen a este colectivo en alto riesgo de vulnerabilidad. Excedencias laborales, reducciones de la jornada, abandono del trabajo y en general la precariedad laboral que condena a la exclusión de los diferentes sistemas de protección de bienestar social. Alto riesgo de pérdida de redes sociales, de aislamiento y soledad en el cuidado cuando este se prolonga en el tiempo. Quedan también descritos enfrentamientos y conflictividad dentro del ámbito de pareja y familiar que añaden tensiones,

sufrimiento y desprotección personal. Afectan a la economía familiar y a la larga al desamparo de quien asume el rol de “persona cuidadora principal”, y por tanto de quien se ocupa en muchas ocasiones en solitario, del cuidado y atención de un ser querido, que no puede valerse por sí mismo. En el cuidado son importantes los aspectos antropológicos de sociabilización de un reparto de roles en función al género y que tiene que ver con la construcción de una organización social en la que la distribución del trabajo de cuidar de nuestros seres queridos se incorpora en un reparto no productivo, dentro de la privacidad familiar, siendo invisible en su conjunto. El reparto de estos roles en función al género está feminizado, consensuado y aceptado socialmente con una carga emocional profunda de lo que se espera de cada miembro del grupo familiar desde la infancia, lo que se incorpora en nuestro valor personal, en nuestro concepto y autoestima, en el nivel de aceptación familiar y social. La consecuencia de todo esto hace que con respecto al cuidado, el abordaje emocional sea desequilibrado porque las presiones y organizaciones son desiguales e injustas. La sociedad patriarcal / heteropatriarcal se convierte en una barrera fundamental. El género, lo femenino, tener o no familia nuclear son actualmente criterios sociales-familiares que determinan la organización de los cuidados, su estructura y abordaje. Por todo ello en el cambio de modelo de cuidado, es ineludible abordar la perspectiva de género y sus implicaciones tanto en el cuidado directo, como en el microsistema del cuidado.

#### **4.4 Abordar la prevención y promoción de la salud en el cuidado de Larga duración.**

La sociedad española se encuentra ante un reto social y sanitario sin precedentes. España es actualmente el segundo país del mundo con mayor esperanza de vida, no solo de los españoles y españolas en general, sino también de aquellas personas que padecen enfermedades incapacitantes con necesidad de ayuda. Los cuidados se han ido transformando en un proceso mayoritario de larga duración. Es justo ese aumento de la esperanza de vida el que nos está enfrentando al desafío de organizar socialmente de otra manera los cuidados de su ciudadanía en situación de dependencia y de larga duración en el cuidado. El entorno más próximo cuidador, familiares/ allegados, abordan el cuidado con carencias de apoyos y escasos recursos, frecuentemente con un impacto negativo sobre su salud. La perpetuación de modelos de organización clásicos de cuidado están favoreciendo que asumir ese cuidado prolongado deteriore la salud física y mental de las personas cuidadoras principales en general, pero especialmente de las mujeres cuidadoras que tiene un alto riesgo de desarrollar un envejecimiento alejado del modelo de envejecimiento activo propuesto por la OMS. Esta misma institución recomienda que a partir de los 55 años se incorporen programas preventivos de salud, hábitos saludables, siendo paradójico y contradictorio que en estos momentos a estos colectivos de personas cuidadoras se le incremente los niveles de responsabilidades, de

trabajo y de compromiso con su entorno afectivo, lo que sin lugar a dudas, no solo no favorece el cumplimiento de los objetivos recomendados sino, lo que es peor los dificulta. Los programas de prevención y promoción de la salud conocidos hasta el momento mayoritariamente han sido dirigidos a realizar intervenciones directamente con las personas cuidadoras principales, sin considerar los miembros del entorno más cercano (ej. cuidadores de apoyo), ni la comunidad. En este punto, se considera necesario intervenir desde la prevención y promoción de la salud en el que no solo se considere a las familias cuidadoras como responsables del cuidado de sus familiares dependientes sino que se incorpore el sentido de la responsabilidad social. Por ello, es imprescindible también iniciar el diseño de nuevas intervenciones dirigidas a otros colectivos del entorno de cuidado, grupos de riesgo y población general española.

Es urgente aplicar inmediatamente medidas transversales a corto plazo para la mejora en salud de la población cuidadora familiar. Debemos contemplar una visión más a largo plazo de la evolución de salud de este colectivo, donde si no ponemos medidas correctoras hoy, probablemente en pocas décadas nos encontremos en nuestra sociedad con unos mayores porcentajes de dependencia como consecuencia de haber asumido de manera desequilibrada el cuidado actual de nuestros seres queridos.

#### ***4.5.- Poner en positivo el valor de cuidar como base de la construcción social.***

¿Se puede ser feliz cuidando de un familiar en situación de dependencia? En principio es difícil de responder con un si rotundo. Seria temerario no asumir que existe un sufrimiento normal que forma parte del vivir, pero también es temerario ignorar que hay satisfacciones. Los lazos cercanos afectivos con la persona cuidada, los valores-creencias personales-sociales entorno al cuidado de nuestros familiares mayores en situación de dependencia requiere del compromiso y esfuerzo por ayudar, y en esta relación de ayuda próxima puede también encontrarse aspectos positivos y satisfactorios. El planteamiento aunque pueda parecer sencillo tiene un calado muy hondo.

En nuestra sociedad el cuidar de familiares en situación de dependencia es cada vez mas frecuente. Normalizar esta situación poniendo en positivo el valor de cuidar consideramos que es la base de la construcción de una sociedad sana. Para ello hay que romper con los estereotipos negativos del cuidar, especialmente que estigmatizan y victimizan a las personas que cuidan, aspectos que se potencian sobre todo cuando se trata de cuidar de personas mayores (edaismo).

No es justo pedir a una persona que tiene carga en el cuidado que además sea feliz, simplemente porque con frecuencia lograríamos el efecto contrario. La persona podría aumentar su sufrimiento si no logra experimentar sentimientos de felicidad cuidando, probablemente piense que es una mala persona

favoreciendo sentimientos de culpabilidad y aumentando frustraciones.

Solo podemos convertirlo en fortaleza si somos capaces de favorecer un conjunto de acciones e intervenciones que puedan revertir la carga de cuidar en solitario, en el disfrute afectivo de poder hacerlo desde la responsabilidad y el compartir social. Potenciar los factores de crecimiento personal en la experiencia de cuidar y organizar las intervenciones contemplando el modelo de resiliencia en el cuidado. Hablamos de satisfacción del cuidar y no de fomentar relaciones de dependencia y tóxicas en el cuidado. Es apostar por vivir cuidando y no por que nuestra vida sea absorbida por el cuidado.

En el cuidado es sano darnos permiso para reír y para disfrutar de las cosas buenas de la vida. Es indispensable integrar como normalizado en nuestra sociedad el delegar el cuidado en otros miembros de la familia/allegados o en recursos y/o instituciones, superando sentimientos de abandono, culpa y traición a nuestros familiares. Como consecuencia es también imprescindible eliminar la desconfianza en la delegación del cuidado.

## **5.-PROGRAMA DE CAMBIO DE ACTITUDES COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

### **5.1 EL CAMBIO DE ACTITUDES EN LA ORGANIZACIÓN: MODELO CUIDADO EQUILIBRADO**

Las intervenciones que posteriormente describiremos son el producto de nuestra experiencia previa, pero especialmente del trabajo realizado en los últimos dos años. Desde 2018 llevamos trabajando para desarrollar las bases que ha permitido en este 2019 implementar programas orientados a la prevención y promoción de la salud en personas cuidadoras y en uno de los grupos de riesgo de mayor impacto, el de mujeres no cuidadoras.

Con estos programas hemos pretendido fomentar actitudes saludables y conductas de salud en torno a la organización del cuidado. Su objeto, como hemos señalado anteriormente es contribuir a generar una cultura en el entorno del cuidado alrededor del concepto de cuidado equilibrado y los procesos de igualdad y corresponsabilidad en la sociedad incluyendo por tanto la perspectiva de género. No debemos de olvidar que todos/as somos cuidadores/as potenciales (principales o de apoyo) y que pertenecemos a una sociedad en la que las familias cuidadoras de personas en situación de dependencia son una realidad de alta prevalencia con tendencia a ir en aumento el número de familias y continua incrementandose progresivamente el tiempo de su vida dedicada a la labor de cuidar.

Como primer paso consideramos fundamental iniciar la **construcción de una escala de actitudes para la organización equilibrada del cuidado** que nos ha permitido obtener una herramienta valida en la que basar intervenciones preventivas para todos y cada uno de los agentes que intervienen en el cuidado de la dependencia y medir su eficacia. Esta escala es un instrumento de medida que nos permite discriminar que población tiene actitudes mas saludables e igualitarias en la organización del cuidado de larga duración en dependencia. La escala aporta tres resultados, cuenta con una media global de cuidado equilibrado y dos subescalas (de género y de afrontamiento adaptativo). Su aplicación en las intervenciones ha permitido validar este tipo de actuaciones y comenzar a avanzar en programas preventivos en el cuidado de la dependencia.

## **5.2 ACTITUDES A CAMBIAR:**

Abordamos en los programas todas aquellas actitudes que favorecen el “cuidado equilibrado”. Aunque en la escala de actitudes no hemos podido incorporar una medida en el tema del buen trato a la persona mayor en situación de dependencia por su complejidad. En la intervención en el cambio de actitudes, este tema se aborda siempre junto a autocuidados, conciliación/corresponsabilidad y género. El buen trato y por tanto la prevención del maltrato es inherente a nuestro modelo de cuidar. Asumir el cuidado de un familiar /allegado simplemente no nos convierte en que realicemos esta tarea de una forma responsable. En general los grandes bloques que trabajamos son los siguientes:

- ACTITUDES DE CUIDADO RESPONSABLE : Declaración de intenciones de buen cuidado y la necesidad de establecer límites reponsables en todas sus variedades. La flexibilidad para facilitar la adaptación a los cambios como requisito fundamental par planificar y realizar ajustes durante todo el proceso de cuidados. La importancia de valorar siempre los puntos de vista de la persona en situación de dependencia si tienen capacidad. Se abordan todos los aspectos psicosocioemocionales así como los del entorno en general en todos los agentes del sistema de cuidados.
- ACTITUDES DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO(Autocuidados+Conciliación/corresponsabilidad) Engloba aspectos que que facilitan conductas de autocuidados de las personas cuidadoras, incluyendo todos los aspectos que facilitan la posibilidad real de poner el autocuidado en práctica. (conciliación/corresponsabilidad). Se abordan todos los aspectos psicosocioemocionales así como los del entorno en general en todos los agentes del sistema de cuidados para favorecer que se pueda vivir cuidando y no absorbidos por la labor de cuidar.
- ACTITUDES DE GÉNERO :Se abordan cómo diferentes aspectos de la socialización en género pueden afectar a todos los agentes del sistema del cuidado, favoreciendo o dificultando la organización de un cuidado equilibrado. Es un tema transversal con raíces más profundas que se sustentan en el sistema patriarcal/heteropatriarcal.

## **5.3 PRESENTE Y FUTURO DE LA PREVENCIÓN DESDE EL CAMBIO DE ACTITUDES DEDE EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO**

### **5.3.1 PREVENCIÓN Terciaria :**

El cambio de actitudes puede beneficiar a la población cuidadora . Destacar que el Programa específico de intervención del Cuida-Relax ha demostrado mas eficacia en disminuir los síntomas ya que intervine de manera mas integral. Cuando se instaura en el tiempo un modelo de cuidado en las dinámicas familiares el cambio de actitudes se convierte en eficaz pero no en suficiente. El cambio de actitudes en la población cuidadora tendría que plantearse en intervenciones complementarias que habría que desarrollar junto con las intervenciones ya realizadas para favorecer la mejora emocional que por ejemplo desarrolla el programa Cuida-Relax.

**Hemos desarrollado este año dos Programa piloto de intervención dirigido a promocionar actitudes del cuidado de personas** en situación de dependencia desde el paradigma del “modelo de cuidado equilibrado” en el colectivo de **familiares cuidadores**. Colectivo de 50 personas cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia (cuidadoras principales (25) cuidadoras de apoyo (25)). Requería la realización de dos intervenciones grupales de 25 personas ( 1) personas cuidadoras que habían pasado por el Programa “Cuidarelay”, y 2) personas cuidadoras que no habían pasado por el cuidarelay) en un formato intensivo de 9 horas distribuido en dos días y desarrollado en un hotel/balneario en Alhama de Aragón.

### **5.3.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.**

Se ha demostrado la idoneidad y por ello es necesario desarrollar la intervención antes del periodo en el que materialice ser persona cuidadora principal en situación de dependencia y de manera prioritaria con el colectivo de mujeres que son las personas mas susceptibles de asumir el cuidado principal (feminización del cuidado). Comenzamos por el colectivo de mujeres al configurar el grupo de riesgo de mayor impacto. De esta forma se podría proteger las consecuencias negativas que se podrían dar llegado el momento de tener que asumir dicho cuidado

**Hemos desarrollado este año un programa piloto de intervención** dirigido a promocionar actitudes del cuidado de personas en situación de dependencia desde el paradigma del “modelo de cuidado equilibrado” **Colectivo de Mujeres no cuidadoras** actualmente de personas mayores de personas en situación de dependencia con una peculiaridad ser **mujeres de ámbito rural**, en concreto de la provincia de Albacete (Castilla la Mancha). La realidad social de la feminización de los cuidados en dependencia sitúa a este colectivo por su vulnerabilidad como objeto prioritario de intervención desde la perspectiva de género, y en programas de prevención y promoción de la salud. La intervención grupal se realizó con 25 mujeres en un formato intensivo de 9 horas distribuido en dos días y desarrollado en un hotel/balneario en Cofrentes. Este estudio contará con grupo control de mujeres con intervención de mínimo contacto. Este estudio para ajustarse a investigación contó con un grupo control de mujeres no cuidadoras con intervención de mínimo contacto. Los resultados abalan la pertinencia de realizar este tipo de intervenciones a modo preventivo, lo que abre una nueva línea de intervención desde los colectivos y programas de igualdad / mujeres.

### **5.3.3 PREVENCIÓN PRIMARIA.-**

Queda pendiente el desarrollo de Intervenciones desde el modelo de Cuidado equilibrado en el abordaje de cambio de actitudes en colectivos de intervención directa y equipos profesionales. Esta será nuestra prioridad inmediata, estableciendo nuevos retos de investigación acción.

## 6.-DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN CAMBIO DE ACTITUDES

### 6.1 ESTRUCTURA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN

Se realiza durante el fin de semana desde el viernes por la tarde al domingo. La distribución de sesiones y contenidos queda reflejada en la siguiente tabla.

A continuación, exponemos el *cronograma de las Jornadas*:

	Viernes	Sábado	Domingo
<b>Mañanas</b>		Sesión 2: “Inteligencia emocional en el proceso de cambio” 1.5h	Sesión 4: “Actitudes y promoción de un cuidado equilibrado.” 1.5h
		Descanso 15’	
		Sesión 3: “El buen trato sinónimo de limites, conciliación y corresponsabilidad” 1.5h	Sesión 5: “Avanzando hacia una sociedad mejor: coherencia y compromiso” 1.5h
		Comida	
<b>Tardes</b>	Llegada y recepción de participantes	Tiempo de descanso	Tiempo de descanso
	Sesión 1: “La necesidad de cambiar” 1.5h	Circuito termal	Despedida de participantes
	Tiempo libre y ocio	Tiempo libre y ocio ( <i>posibilidad de visitas guiadas por cuenta de los participantes</i> )	
		Cena	

## **6.2 ORGANIZACIÓN / CONTENIDO DE LAS SESIONES**

La intervención psicosocioeducativa se organiza en 5 sesiones de 90 minutos. La dinámica está pensada para grupo grande (25 personas ) diseñada para ser una formación intensiva y participativa. Para ello se requiere de la intervención conjunta de dos profesionales. El desarrollo durante un fin de semana asegura que todos y cada uno de los participantes que inician la formación completan así como facilitan la cumplimentación de todos los cuestionarios y escales de investigación. Recordar la gran dificultad que presentan son estos aspectos en la población cuidadora.

Los contenidos de cada una de las sesiones se van enlazando y forman parte de un proceso que finaliza con un compromiso personal de cambio, que cada uno elije.

## **6.2.1 SESION 1: LA NECESIDAD DE CAMBIAR**

**Objetivo: Visibilizar la necesidad de cambio de paradigma en los cuidados de larga duración.**

En esta sesión se trabaja fundamentalmente para que las personas del grupo se sitúen en una percepción más global, ajustada y realista de lo que supone cuidar a una persona en situación de dependencia en general y en particular para sus familiares /allegados cuidadores. Desde esta visión más realista, se visualiza la necesidad de cambiar de paradigma en el cuidado de larga duración en dependencia. Por último se presenta el modelo alternativo alternativo “modelo de cuidado equilibrado”.

En general existe una discrepancia entre la percepción subjetiva y objetiva de los riesgos y aspectos positivos del cuidar. Ajustar esta percepción es el primer paso, en general minimizamos los costes que tiene el cuidar sobrevalorando las capacidades y habilidades de sostenerlo en el tiempo. Visibilizar las situaciones de riesgo y ofrecer un modelo de conducta en la organización del cuidado alternativo desde el modelo teórico del “cuidado equilibrado”, un modelo teórico que favorece ajuste adaptativos, igualitario y justos socialmente es al final nuestro propósito.

### **ORGANIZACIÓN TEMÁTICA / ESTRUCTURA DE CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

1.-Breve presentación del proyecto, programa, comentando aspectos prácticos de organización / normas.

2.-“Antropológicamente cuidar de nuestros seres queridos forma parte de la raza humana”

**3.-Grandes cambios socio-demográficos en nuestra sociedad vinculados a:**

- . Aumento de esperanza de vida
- . Aumento de las personas que padecen enfermedades que requieren de cuidados y apoyos para desarrollar su vida.
- . Aumento del tiempo de cuidados para estos colectivos.

- . A mayor volumen de personas en situación de dependencia que requieren de cuidados durante muchos años de su vida
- . Aumento del número de personas cuidadoras que son principalmente del entorno cercano, familiares, allegados y de manera mayoritaria asumido por mujeres.

**4.-** La realidad social de cuidados, es invisible y sus consecuencias están ocultas y minimizadas

**5.-** La necesidad de organizar el cuidado de larga duración desde un modelo diferente al modelo clásico centrado en la persona:

- Si el cuidado es corto, la forma de organizar el cuidado puede mantenerse porque las consecuencias son sostenibles.
- Actualmente en el cuidado de larga duración, si se mantiene la misma organización que en el cuidado corto y las consecuencias y el impacto son insostenibles.

**6.-** La Necesidad de aplicar otro modelo organizativo del cuidado para personas que cuidan en nuestra sociedad:

- Repercusiones Negativas
- Repercusiones Positivas
- Feminización de los cuidados

**7.-** Todos los estudios avalan que esta realidad: Los datos se repiten una y otra vez.

**8.-** La Necesidad de cambio de paradigma en el cuidado de larga duración en dependencia:

- Explicación de las diferencias entre el modelo clásico centralizado y el cuidado descentralizado en el sistema de cuidados de larga duración.
- Propuesta del modelo teórico de "CUIDADO EQUILIBRADO"

- El cuidado responsable de la persona en situación de dependencia:
  - El cuidado de la persona cuidadora principal
  - La Conciliación y Corresponsabilidad en el cuidado.
  - La transversalidad de la Perspectiva de Género en el cuidado.

**9.-** Presentación de las principales Barreras para aplicar el modelo de Cuidado Equilibrado:

- ✓ Invisibilidad de los costes de cuidado
- ✓ Necesidad en el proceso de cuidados de organizar desde la flexibilidad, la adaptación constante y establecer límites en el cuidar.
- ✓ Romper con el Techo de Cristal: Avanzar en procesos de igualdad y abordar la perspectiva de género en el cuidado.
- ✓ Superar las dificultades de conciliación y corresponsabilidad en el cuidado.

**10.-**Rompamos juntos/as las barreras:, es responsabilidad de todo el conjunto social y hay que implicar no solo al entorno cercano integral sino también a todos los agentes sociales, cuidar es responsabilidad de todo el sistema social para alcanzar el estado de bienestar de una sociedad en desarrollo.

**11.-** Poner en práctica el Cuidado Equilibrado.

## **5.2.2 SESIÓN 2: INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL PROCESO DE CAMBIO**

**Objetivo:** Analizar las emociones que bloquean e interfieren en avanzar hacia un modelo de cuidado Equilibrado.

Las emociones están en la base de toda toma de decisiones. Más aún cuando cada decisión tomada afecta a nuestro ámbito más íntimo y familiar. Ser conscientes de cómo nos afecta a nivel emocional el cuidado y que emociones nos bloquean o nos empoderan, nos hace más vulnerables o más resilientes. La gestión de las emociones implicadas en el cuidado es fundamental y básica.

### **ORGANIZACIÓN TEMÁTICA / ESTRUCTURA DE CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

1.-Aprender a sentirnos mejor: breve exposición de funcionamiento emocional.

2.-Flexibilidad, adaptación y barreras en el proceso de cuidado:Emociones que boquean:

2.1 Negación, Miedo y culpa.

2.2 Chantaje emocional y crítica

2.3 La victimización

2.4 Barreras: Organización social patriarcal: a)Persona en situación de dependencia. b)Persona c)cuidadora principal. d)Entorno próximo.

3.-Social-comunitarioLa labor de los medios de comunicación.

## **5.2.3 SESIÓN 3: EL BUEN TRATO SINÓNIMO DE LIMITES, CONCILIACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD.**

**Objetivo: Favorecer el buen trato a la persona mayor en situación de dependencia y del entorno sociofamiliar.**

Cuidar en un proceso de larga duración, debe de ser flexible y adaptativo. Aceptar los cambios, pérdidas, límites y deterioro de nuestros familiares no es fácil, con lleva un afrontamiento a veces funcional y otras disfuncional. En la vida hay dos aspectos fundamentales, conocer lo que tenemos que hacer y conocer lo que es perjudicial. Diferenciarlo no es fácil, y a veces inclusive conociéndolo es difícil no caer en contradicciones que son humanas y nos desajustan mucho más. La promoción del buen trato en todo el sistema de cuidado debe ser una prioridad social.

### **ORGANIZACIÓN TEMÁTICA / ESTRUCTURA DE CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

- I. Relaciones límite perjudiciales
  - a. Sobreprotección.
  - b. Dependencias afectivas.
  - c. Limitar a una sola persona en el cuidado la realización y seguimiento en materias como la salud y la higiene.
  - d. Situaciones que no se cuidan en casa: Negligencias.
  - e. Maltrato a las personas mayores en situación de dependencia.
  - f. Atribución de cuidados por roles de género.
2. Reflexión sobre mayores vulnerables.
3. Conciliación y corresponsabilidad.
4. El sistema de cuidado equilibrado: hacia la descentralización del cuidado.
5. Efectos de cuidar de manera equilibrada en la persona en situación de dependencia.
6. Efectos de cuidar de manera equilibrada en la persona cuidadora principal.

#### **5.2.4 SESION 4: ACTITUDES Y PROMOCIÓN DE UN CUIDADO EQUILIBRADO.**

**Objetivo: Entender la importancia de actuar sobre las actitudes en la promoción de un cuidado equilibrado.**

Es necesario la descripción y desarrollo de las actitudes como modelo de organización individual de los sentimientos en los que se incorporan las creencias y los valores.

Los seres humanos tenemos predisposición para realizar conductas y comportamientos que se ajustan directamente proporcional a nuestras actitudes. Es importante que las personas con las que intervenimos se den cuenta de lo importante que son las actitudes en nuestra organización y funcionamiento social, para no repetir una y otra vez los mismos esquemas. De ahí su importancia y análisis en la realidad del cuidado y de manera específica en el cuidado de dependencia de larga duración.

#### **ORGANIZACIÓN TEMÁTICA / ESTRUCTURA DE CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

- I. Explicación del funcionamiento y proceso de las actitudes.
  - Son aprendidas y duraderas.
  - Se acumulan en la memoria.
  - Se van adquiriendo a lo largo de nuestra vida y relaciones.
  - Configuran nuestros sentimientos y conductas.
  - Se transmiten y repercuten.
2. Como valorar la necesidad del proceso de cambio.
  1. Compensación y / o refuerzo.
  2. Motivación necesaria, requiere de esfuerzo.
  3. Establecer estrategias.

4. Diseñar debilidades y fortalezas para nuevos pensamientos y capacidades.
  5. Realizar los cambios.
3. Elementos y factores que intervienen.
1. Las variables: 1)La credibilidad. 2)El mensaje atractivo, racional y /o emotivo.  
3)La pertenencia o la semejanza.
  2. Comunicador – Receptor.
  3. La consistencia de una actitud determina su modificación.
  4. La edad.
  5. Deseabilidad social.

## **5.2.5.SESIÓN 5: AVANZANDO HACIA UNA SOCIEDAD MEJOR: COHERENCIA Y COMPROMISO.**

**Objetivo: Aumento de la conciencia de las actitudes más prevalentes en nuestra sociedad: compromiso de cambio.**

Conocer es necesario, pero el objeto de toda la intervención es lograr el compromiso y cambio personal. La coherencia entre lo que decimos, lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos fortalece la dinámica grupal. Desde conocer la realidad, y fomentar el debate, el pensamiento coherente, y crítico, favorecemos el compromiso de cambio para una construcción mas sana de todo lo que implica el cuidar.

### **ORGANIZACIÓN TEMÁTICA / ESTRUCTURA DE CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

- Baño de realidad: análisis del impacto que tiene sostener algunas creencias y actitudes en el cuidado.
- Compromiso de cambio social.
- Pasamos a la acción desde lo posible en nuestro ámbito y realidad.

## **7.- RESUMEN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN ASOCIADA MODELO CUIDADO EQUILIBRADO PROYECTOS UDP-CEU 2019**

A lo largo del año 2019, se han llevado a cabo dos proyectos de investigación por parte de la Unión Democrática y Pensionistas de España conveniado con la Universidad CEU San Pablo, cuyos principales resultados se resumen a continuación.

### **1. PROYECTO INVESTIGACIÓN. VALIDACIÓN DE UNA ESCALA Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA PILOTO PARA UN CUIDADO EQUILIBRADO**

Este proyecto incluía dos objetivos principales:

#### **1.1. OBJETIVO 1. VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE ACTITUDES FAVORABLES HACIA EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO**

Participaron 365 sujetos pertenecientes a población general. El 69,5% eran mujeres y el 30,5% varones, con edades comprendidas entre 18 y 90 años, siendo la media de edad de 51,98 años (DT= 16,25).

Como resultado de los análisis, se desarrolló una escala denominada “Escala de Actitudes hacia el Modelo de Cuidado Equilibrado” con buenas propiedades psicométricas y formada por 15 ítems distribuidos en dos subescalas:

- Actitudes de género que fomentan el cuidado equilibrado
- Actitudes de afrontamiento apropiado hacia el cuidado equilibrado a través de la conciliación y autocuidados.

Además, la escala permite calcular la puntuación total del cuidado equilibrado (la escala se adjunta como anexo 1).

Esta escala puede ser de gran utilidad para estudios e intervenciones futuras, se relaciona significativamente con variables que la literatura científica ha mostrado como claves para trabajar con

cuidadores de personas mayores dependientes como son los pensamientos disfuncionales, creencias de género, autocuidados, culpa y depresión (véase tabla 1). Especialmente significativos son las relaciones observadas con la depresión, ya es un indicador que la escala y, por tanto, el modelo de cuidado equilibrado se relaciona con variables de salud. Ello indicaría la importancia de desarrollar programas preventivos en línea con el modelo de cuidado equilibrado para personas que cuidan de personas mayores en situación de dependencia e, incluso mejor, para personas que todavía no son cuidadoras pero que puedan ser un grupo de riesgo a ser cuidadores en el futuro, como sería el grupo de las mujeres. Ser cuidador, ser cuidadora se ha demostrado que es una situación estresante que llega a provocar problemas emocionales y físicos de cierta relevancia en un 30% de las ocasiones. Un cuidado equilibrado, su detección y promoción, ayudaría a que este grupo de personas que cuidan a sus familiares desarrollasen su rol sin verse afectados. Además, repercutiría también sobre las personas cuidadas pues si el cuidador presenta un cuidado equilibrado cuidará de una manera mas eficaz y eficiente a su familiar. De esta manera la escala puede contribuir a una prevención:

- Primaria. En cuanto que puede reducir la incidencia de los problemas asociados al cuidado no equilibrado que todavía no han aparecido y que se quiere evitar que aparezcan. Las personas con las que intervenimos no tienen ningún problema pero se aumentan sus recursos y se modifican factores del entorno cercano.

- Secundaria. En cuanto que reduce la prevalencia, es decir acorta la duración del problema. La detección de un cuidado no equilibrado puede ayudar a intervenir en las primeras fases del problema para que no se agrave.

- Terciaria. En cuanto que reduce las secuelas y las consecuencias más negativas del problema. Una vez que el problema del cuidado no equilibrado ha aparecido y además se ha desarrollado se busca reducir problemas como la depresión o la culpa.

Tabla 1. Relación entre los factores de la “Escala de Actitudes hacia el Modelo de Cuidado Equilibrado” con variables significativas en cuidadores de personas mayores dependientes

<b>A más Actitudes de Cuidado Equilibrado que fomenten la Igualdad de Género</b>	<b>A más Actitudes de Género en Afrontamiento apropiado que fomente los autocuidados y la conciliación</b>	<b>A más Actitudes de Cuidado Equilibrado Total</b>
Menos Creencias en diferencias de género en el ámbito público	Menos Creencias en diferencias de género en el ámbito público	Menos Creencias en diferencias de género en el ámbito público
Menos Creencias en diferencias de género en el ámbito privado	Menos Creencias en diferencias de género en el ámbito privado	Menos Creencias en diferencias de género en el ámbito privado
Menos Pensamientos Disfuncionales de autoexigencia	Menos Pensamientos Disfuncionales de autoexigencia	Menos Pensamientos Disfuncionales de autoexigencia
Menos Pensamientos disfuncionales de entrega	Menos Pensamientos disfuncionales de entrega	Menos Pensamientos disfuncionales de entrega
Menos Pensamientos disfuncionales totales	Menos Pensamientos disfuncionales totales	Menos Pensamientos disfuncionales totales
Menos Depresión	Menos Depresión	Menos Depresión
	Más Autocuidados	
Menos culpa (solo en cuidadores)	Menos culpa (solo en cuidadores)	Menos culpa (solo en cuidadores)

## 1.2. OBJETIVO 2. FOMENTO DE ACTITUDES FAVORABLES HACIA EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PILOTO APLICADO AL COLECTIVO DE CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (Aragón)

El grupo experimental (grupo que se somete a la intervención) estuvo formado por 48 personas cuidadores de familiares mayores en situación de dependencia, de los cuales el 64,6% eran mujeres y el 35,4% varones y siendo la media de edad de 56,35 años. Además, el 45,7% de estos sujetos eran cuidadores principales y el 54,3% eran cuidadores de apoyo. El tiempo medio de cuidados es de 6,8 años.

El grupo control (grupo que no se somete a la evaluación) estuvo formado por 25 personas de las cuales el 64% eran mujeres y el 36% varones y siendo la media de edad de 55,64 años. Además, el 47,8% eran cuidadores principales y el 52,2% eran cuidadores de apoyo. El tiempo medio de cuidados es de 6,78 años.

Los resultados tras la intervención se muestran en la tabla 2. Como se puede ver, los cambios observados en los participantes del grupo experimental gran parte de la intervención podemos asegurar que son resultado de la intervención.

Tabla 2. Cambios observados tras intervención

	<b>Grupo Experimental (grupo que recibe intervención)</b>	<b>Grupo Control (grupo que no recibe intervención)</b>
<b>Actitudes de Cuidado Equilibrado que fomenten la Igualdad de Género</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Actitudes de Género en Afrontamiento apropiado que fomente los autocuidados y la conciliación</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Actitudes de Cuidado Equilibrado Total</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Pensamientos Disfuncionales de autoexigencia</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Pensamientos Disfuncionales de entrega</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Creencias en diferencias de género público</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo) Aumentan (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Creencias en diferencias de género privado</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Depresión</b>	Disminuye (y se mantiene a	Disminuye

	largo plazo en cuidadores que no han participado previamente en Cuidarelay)	
<b>Culpa</b>	Disminuye (y se mantiene a largo plazo en cuidadores que no han participado previamente en Cuidarelay)	No se observan cambios
<b>Ansiedad</b>	Disminuye (y se mantiene a largo plazo en cuidadores que no han participado previamente en Cuidarelay)	No se observan cambios

### 1.3. OBJETIVO 3. FOMENTO DE ACTITUDES FAVORABLES HACIA EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO DESDE A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN APLICADO A MUJERES DE ÁMBITO RURAL (Albacete)

El grupo experimental (grupo que recibió la intervención) estuvo formado por 25 mujeres procedentes de Albacete y que recibieron una intervención en actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado. La edad media de las participantes fue de 61,78 años, con edades comprendidas entre 53 y 65 años.

El grupo control (grupo que no recibió la intervención) estuvo formado por 26 mujeres procedentes de Albacete y que recibieron una intervención en actitudes hacia el modelo de cuidado equilibrado. La edad media de la participante fue de 63,04 años, con edades comprendidas entre 50 y 73 años.

Los resultados tras la intervención se muestran en la tabla 3. Como se puede ver, los cambios observados en los participantes del grupo experimental gran parte de la intervención podemos asegurar que son resultado de la intervención.

Tabla 3. Cambios observados tras intervención

*Cuaderno práctico: el cambio de actitudes en el cuidado  
La prevención y promoción de la salud en personas cuidadoras “Modelo Cuidado Equilibrado”*

	<b>Grupo Experimental (grupo que recibe intervención)</b>	<b>Grupo Control (grupo que no recibe intervención)</b>
<b>Actitudes de Cuidado Equilibrado que fomenten la Igualdad de Género</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Actitudes de Género en Afrontamiento apropiado que fomente los autocuidados y la conciliación</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Actitudes de Cuidado Equilibrado Total</b>	Aumentan	Aumentan pero en menor medida que el grupo experimental
<b>Pensamientos Disfuncionales de autoexigencia</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Pensamientos Disfuncionales de entrega</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Creencias en diferencias de género público</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo) Aumentan (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Creencias en diferencias de género privado</b>	Disminuyen (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios
<b>Depresión</b>	Tendencia a disminuir	No se observan cambios
<b>Culpa</b>	No se observan cambios	No se observan cambios
<b>Ansiedad</b>	Disminuye (y se mantiene a largo plazo)	No se observan cambios

## 2. PROYECTO INVESTIGACIÓN. RELACIÓN ENTRE ACTITUDES HACIA EL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO, FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, PERDÓN Y OTRAS VARIABLES ASOCIADAS AL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA APLICADO A PARTICIPANTES DEL PROGRAMA CUIDARELAX MADRID

La muestra incluyó a los participantes en el CUIDARELAX Madrid a lo largo del año 2019 y que estaba formada por 123 sujetos de los cuales el 64,1% eran mujeres y el 35,9% hombres, siendo la edad media de 51,36 años. En cuanto a la división en función a su responsabilidad en el cuidado, han participado 53 personas cuidadoras principales (CP) y 49 cuidadoras de apoyo (CA). El tiempo promedio que dedican al cuidado de sus familiares los cuidadores principales se sitúa en alrededor de 5h47'. En cuanto al tiempo que llevan cuidando a sus familiares, el promedio está en casi 8,5 años

Los resultados más relevantes fueron los siguientes:

Las personas que tenían más **ACTITUDES FAVORABLES HACIA UN CUIDADO EQUILIBRADO** además mostraron (véase tabla 4).

Tabla 4. Relación actitudes favorables hacia el cuidado equilibrado

A más Actitudes de Género hacia el Cuidado Equilibrado		A más Actitudes de Género de Afrontamiento hacia los autocuidados y conciliación		A más Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	
Más	Menos	Más	Menos	Más	Menos
Actitudes de Afrontamiento hacia los autocuidados y conciliación	Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia	Actitudes de Género hacia el Cuidado Equilibrado	Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia	Actitudes de Género hacia el Cuidado Equilibrado	Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia
Si aumentan Actitudes de Cuidado Equilibrado	Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Actitudes de Afrontamiento hacia los autocuidados	Pensamientos Disfuncionales de Entrega

*Cuaderno práctico: el cambio de actitudes en el cuidado  
La prevención y promoción de la salud en personas cuidadoras "Modelo Cuidado Equilibrado"*

Totales				y conciliación	
	Pensamientos Disfuncionales Totales		Pensamientos Disfuncionales Totales		Pensamientos Disfuncionales Totales
	Creencias en diferencias de género en el ámbito público		Creencias en diferencias de género en el ámbito público		Creencias en diferencias de género en el ámbito público
	Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		Creencias en diferencias de género en el ámbito privado
	Ansiedad		Ansiedad		Ansiedad
	Depresión		Depresión		Depresión
			Deseos de venganza		

Las personas que muestran mayores niveles de PERDÓN (VENGANZA ANTE LA OFENSA, EVITACIÓN HACIA PERSONA QUE CAUSA OFENSA Y BENEVOLENCIA además mostraron (véase tabla 5)

Tabla 5. Relación Perdón con otras variables

A Mayores Deseos de Venganza ante ofensa		A Mayor Evitación de la persona que provoca ofensa		A Mayor Benevolencia		A Mayor Perdón Total	
Más	Menos	Más	Menos	Más	Menos	Más	Menos
Evitación de la persona que provoca la ofensa	Perdón Total	Deseos de venganza	Perdón Total	Perdón Total	Deseos de venganza	Benevolencia	Deseos de Venganza
Ansiedad	Benevolencia		Benevolencia		Evitación		Evitación
Pensamientos Disfuncionales	Actitudes de Cuidado		Creencias en diferencias		Depresión		

*Cuaderno práctico: el cambio de actitudes en el cuidado  
La prevención y promoción de la salud en personas cuidadoras “Modelo Cuidado Equilibrado”*

s de Entrega	Equilibrado hacia un afrontam o apropiado que fomente los autocuidados y la conciliación		de género en el ámbito privado				
Pensamientos Disfuncionale s Totales							
Pensamientos Disfuncionale s AutoExigencia							

Las personas que muestran mayores niveles de **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR** además mostraron (véase tabla 6)

Tabla 6. Relación funcionamiento familiar con otras variables

<b>A Mayor Funcionamiento Familiar</b>	
<b>Más</b>	<b>Menos</b>
Autocuidado	Ansiedad
	Depresión
	Culpa

Son muy pocos los cuidadores que acuden a los profesionales sociosanitarios porque se sienten culpables, están deprimidos o ansiosos, raramente afirman que esperan participar en algún programa que elimine los problemas psicopatológicos que experimentan. Tampoco buscan ayuda en el resto de sus familiares, no concilian y van reduciendo cada vez más los niveles de su autocuidado. En este sentido llamar al instrumento de evaluación desarrollado “Escala de Actitudes hacia el Modelo de Cuidado Equilibrado” tiene varias ventajas, pues, no patologiza la situación de los cuidadores (ya que insiste en lo positivo), determina el objetivo que se pretende (que no es sino tener un cuidado equilibrado, que tenga en cuenta la perspectiva de género, maneje adecuadamente su problemática emocional, manteniendo los aspectos adaptativos y modificando en la medida de lo posible los inadecuados, buscando la conciliación y el autocuidado) y delimita el sujeto sobre el que va a estar centrada la intervención (que no es solo la persona que cuida sino todo su entorno).

Conviene que el cuidador llegue a la conclusión de que NADIE ES PERFECTO, que ser una buena persona, incluido el ser un buen cuidador, no significa que nunca haga las cosas mal, que puede intentar perdonarse a sí mismo y tratar de enmendar sus acciones en la medida de lo posible.

Cuando se cuida a un miembro mayor de la familia se origina un importante impacto en esa familia que altera los roles y patrones de conducta de todos sus miembros y no solo el de la persona que asume el papel de cuidador o cuidadora principal. Estos cuidadores experimentan graves conflictos y problemas en su relación con los demás miembros de la familia, que tienen que ver con los pensamientos y actitudes hacia la enfermedad y hacia la manera de manejar el cuidado. Este estudio revela la falta de apoyos percibidos por los cuidadores. Un funcionamiento familiar adecuado a nivel emocional e instrumental (todos los miembros contribuyen, colaboran y cooperan de manera complementaria) resulta un elemento crucial para un cuidado equilibrado.

Asimismo, cabe decir que todos los esfuerzos realizados con el programa de intervención, independientemente de los resultados y limitaciones, tenían como objetivo último ofrecer a los cuidadores, con paciencia y comprensión, un tiempo para analizar críticamente su situación. Pues en numerosas ocasiones estos se encuentran demasiado sobrecargados, sin tiempo para nada, ni siquiera para pensar sobre su propia situación vital, la contribución de su familia y la situación del mayor al que cuidan. Por eso, conseguir que los cuidadores se encuentren mejor puede parecer un objetivo sencillo, pero conseguirlo es sin ninguna duda un gran logro, tanto para esta investigación, como para todas las que se realizan en este ámbito. Si el cuidador se encuentra bien podrá dar un mejor trato, un buen trato, al familiar al que cuida. El buen trato es sin ningún género de dudas es un objetivo primordial e irrenunciable para la intervención aquí planteada.

El buen trato a las personas mayores tiene que ver con la visión que tiene la sociedad de este grupo

poblacional (muchas veces muy negativamente estereotipado pues se les considera no productivos, una carga, todos iguales, poco activos...y los cuidadores de personas mayores se ven también afectados por una baja valoración de su rol), por la visión que los mayores tienen de si mismos (aunque la mayoría de las veces consideran esta etapa de su vida como de una nueva oportunidad, un grupo importante de los mayores tienen una concepción negativa de su edad, centrándose en lo que les falta, en lo que no pueden, en lo jóvenes y saludables que antes eran y ahora no). Parece pertinente promocionar una cultura del buen trato pues los mayores, como cualquier otro grupo, tienen derecho a que se fomente su autonomía, se les trate con justicia y se busque su bienestar. Solo desde el reconocimiento de las potencialidades de los mayores se construirá un buen trato a este grupo de edad. Es irrenunciable no solo evitar el trato inadecuado y el maltrato hacia los mayores sino promover el buen trato hacia ellos. Un cuidado equilibrado con el presentado en este estudio es uno de los elementos esenciales para avanzar en este sentido.

## **8.- COMENTARIOS Y RETOS FUTUROS : CAMBIO DE ACTITUDES EN EL CUIDADO**

La experiencia en el diseño e implementación de programas preventivos ha demostrado ser una línea de actuación eficaz, que probablemente si es aplicada con voluntad y compromiso, ahorrará sufrimiento, costes personales y económicos, en esta nuestra sociedad. Una sociedad que no se anticipe a

organizar mas saludablemente el cuidado de sus mayores mas vulnerables está abocada a ser desequilibrada e injusta.

Las personas cuidadoras siempre nos hacen llegar que cambiar es difícil si el entorno no tienen el mismo criterio, generando enfrentamientos y mayores dificultades. Sabemos que unificar criterios no es tarea fácil, sobre todo cuando hay aspectos endémicos en nuestra sociedad que son difícilmente modificables por su resistencia y oposición al cambio. Desde en compromiso personal hay cambios que se pueden ir realizando, pero otros somos conscientes que como en el Quijote, luchamos contra molinos, que se nos hacen gigantes. Creencias arraigadas como que las mujeres tenemos una capacidad innata para cuidar mejor, perpetúan e inmovilizan la posibilidad de avanzar. Desde el cariño y afecto de las personas más cercanas concienciar para avanzar en corresponsabilidad / autocuidados es tarea más sencilla, factible en los entornos cercanos.

Destacar que es más difícil cambiar cuando las dinámicas familiares de organización del cuidado estan ya instauradas, de ahí sin duda la necesidad de intervenir en grupos de riesgo y profesionales tratando de favorecer desde el inicio una organización del cuidado mas sana, equilibrada con menor impacto negativo y mayores satisfacciones.

Animamos a todo aquel nos lea a intentar favorecer estas líneas de actuación preventivas que sin voluntad política, apuesta profesional e inversión económica quedarían en anecdóticas. La prevención es posible, es rentable, es beneficiosa y vale la pena apostar por ella en el cuidado de la dependencia.

## **9.-DIFUSIÓN DE RESULTADOS**

- Envío artículo científico a la revista científica Stress & Health (revista con impacto JCR, localizada en segundo cuartil).

### Balneotherapy with a Psychoeducation Program for the Promotion of a Balanced Care in Family Caregivers of Older Adults

The aim of this study was to analyze the efficacy of an intervention program for informal caregivers of elderly dependent that combined balneotherapy with group psychoeducation (BT-PE) based on the Balanced Care Model. We conducted an analysis of the statistical significance of the changes observed in participants' burden, depression, anxiety, maladjustment and care satisfaction before and after the intervention. The efficacy of the BT-PE intervention (N = 124) was compared with a comparison group only exposed to balneotherapy (BT) (N = 76). The two modalities included both primary and secondary informal caregivers. The results showed that caregivers' burden and care satisfaction showed better results in both primary and secondary caregivers participating in the BT-PE program, as well as anxiety in secondary caregivers and maladjustment in primary caregivers. Although the depressive symptoms decreased significantly in both intervention groups, the combination of balneotherapy with psychoeducation did not show greater levels of efficacy compared with the application of sole balneotherapy. The relevance of caregivers' psychoeducation on the Balanced Care Model and its combination with balneotherapy is highlighted

- *Publicación capítulo libro: Mata, J., López, J., Martínez, T., Noriega, C., & Ortiz, M.D. (2019). Intervención psicoeducativa en cuidadores informales de personas mayores. Madrid: Biblioteca Nueva.*

El objetivo del estudio fue determinar los efectos positivos de un programa de psicoeducación para cuidadores de personas mayores realizado en balnearios de España en sus niveles de depresión, ansiedad, carga del cuidador y satisfacción con el cuidado, y las diferencias entre los tipos de cuidadores y el sexo del cuidador. La intervención se estructuró en 5 sesiones donde participaron 505 cuidadores. Se realizó una post-evaluación cuando terminaron las jornadas y otra a los tres meses, obteniéndose diferencias significativas en ansiedad, carga subjetiva y nivel de satisfacción con el cuidado. Los cuidadores más beneficiados fueron las mujeres mejorando significativamente los niveles de ansiedad, carga del cuidador y satisfacción, y los cuidadores principales que vieron reducidos significativamente la ansiedad y la carga subjetiva.

- Ponencia invitada en la II Jornada de Buen Trato celebrada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Título ponencia: “Cuidar al que Cuida”, en la que se presentaron resultados preliminares. 15 de junio de 2019. Madrid.

- Comunicación en el Congreso PsicoCEU Universidad CEU San Pablo (Madrid) celebrado el 4 de febrero de 2019. Título comunicación: Intervención psicoeducativa en cuidadores informales de personas mayores.

- Presentación Póster en Congreso WCBCT2019 (World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies): Noriega, C., López, J., Ortiz, M.D., & Martínez, T. (2019). Efficacy of an Intervention Program based on a Brief Cognitive-Behavioral Psychoeducation with Balneotherapy in Informal Caregivers of Older People. Berlín (Alemania), 20/07/2019.

## ANEXO 1.

### Cuestionario de Actitudes hacia el Modelo de Cuidado Equilibrado

El objetivo de esta escala es conocer su opinión sobre algunos temas relacionados con el cuidado. A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones para que indique su grado de acuerdo. Es importante recalcar que se le pide que exprese únicamente su opinión personal:

En cada afirmación, las opciones de respuesta son las siguientes:

*1= Desacuerdo Total*

*2= Algo en Desacuerdo*

*3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo*

*4= Algo de Acuerdo*

*5= Acuerdo Total*

1. Las tareas de higiene personal es mejor que las realicen las mujeres.	1	2	3	4	5
2. Si una persona mayor se pone enferma cuando tanto el hijo como la hija trabajan, generalmente es más apropiado que sea la hija la que pida salir del trabajo.	1	2	3	4	5
3. El cuidado de la propia salud física y mental es secundario cuando se tiene a una persona dependiente a cargo.	1	2	3	4	5
4. Dedicar tiempo para la vida en pareja es algo secundario cuando se cuida de un familiar mayor dependiente.	1	2	3	4	5
5. Es normal que los hijos varones que vivan en pareja asuman la decisión del cuidado de sus padres dependientes, aunque las tareas del cuidado directo las realice su pareja mujer	1	2	3	4	5
6. Un cuidado responsable implica la mayoría de las veces renunciar a todos o casi todos los intereses y aficiones del cuidador, porque restan tiempo y calidad de cuidado.	1	2	3	4	5
7. El confiar el cuidado de un familiar dependiente a una persona ajena contratada, sería equivalente a rebajar la seguridad y la calidad del cuidado que le presta su familiar allegado.	1	2	3	4	5
8. Es normal que las hijas solteras o separadas sin cargas familiares tengan la obligación prioritaria de asumir el cuidado como cuidadoras principales frente al resto de los familiares.	1	2	3	4	5

9. Las mujeres tienen mayor capacidad para ser cuidadoras de personas dependientes que los hombres.	1	2	3	4	5
10. Es un signo de debilidad personal si un hombre expresa sus emociones.	1	2	3	4	5
11. Negarse a cuidar a un familiar en casa es sinónimo de ser mala persona.	1	2	3	4	5
12. Cuando se acepta la responsabilidad del cuidado de un familiar en situación de dependencia, tiene que mantenerse inflexible hasta el final de sus días.	1	2	3	4	5
13. Cuando las personas contratan servicios u otras personas para cuidar a su familiar es una forma de abandono.	1	2	3	4	5
14. Las familias que envían a sus mayores a una residencia en realidad lo que quieren es deshacerse de su familiar dependiente.	1	2	3	4	5
15. Cumplir con todas las demandas de la persona dependiente significa ser mejor cuidador.	1	2	3	4	5

#### CORRECCIÓN

SUBESCALA AFRONTAMIENTO APROPIADO (Autocuidados + conciliación) = 3,4,6,7,11,12,13,14,15

Puntuaciones

<33= Afrontamiento inadecuado;

33-37= Afrontamiento moderadamente inadecuado;

38-41= Afrontamiento moderadamente adecuado;

>41 Afrontamiento adecuado

SUBESCALA GÉNERO = 1,2,5,8,9,10

Puntuaciones

<24=Actitudes de género que no fomentan el cuidado equilibrado

24-26=Actitudes de género que fomentan poco el cuidado equilibrado

27-29=Actitudes de género que fomentan moderadamente el cuidado equilibrado

>29=Actitudes de género que fomentan en gran medida el cuidado equilibrado