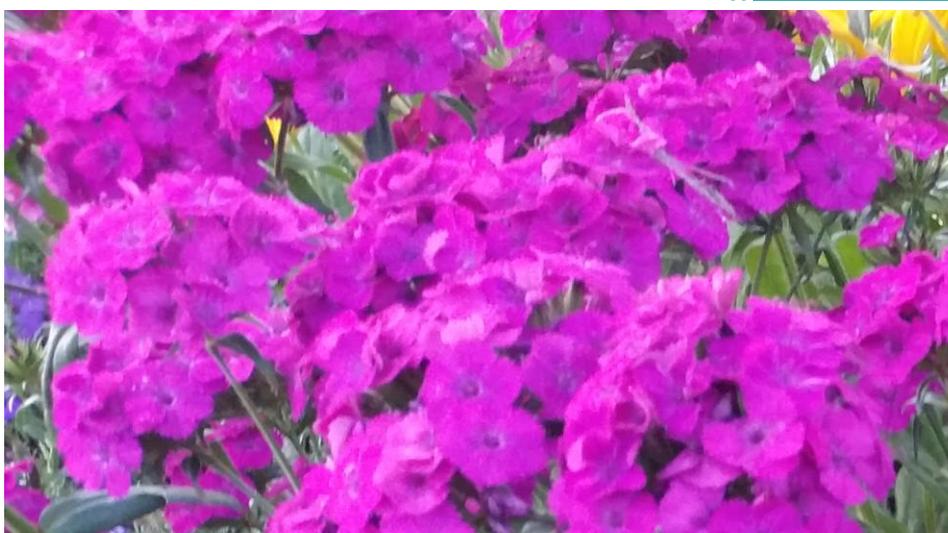


CUADERNILLO RESUMIDO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO “CUIDADO EQUILIBRADO” EN EL PROGRAMA CUIDARELAX



**Unión Democrática
de Pensionistas y
Jubilados de España**



Autores: María Dolores Ortiz Muñoz y Teresa Martínez Aparicio

Dirección y coordinación: Unión Democrática de Pensionistas (UDP)

Organismos participantes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad

AGRADECIMIENTOS

Nuestro profundo agradecimiento a todas y cada una de las personas cuidadoras con las que hemos compartido tanto a lo largo de todos estos años. A esas 5.350 personas que desde el año 2010 al 2017, en las diferentes comunidades de Valencia, Aragón, La Rioja, Galicia, Castilla la Mancha, en un total de 204 grupos, nos han permitido de manera generosa intervenir con ellas, aprender de ellas, emocionarnos con ellas y realizar nuestro trabajo profesional aportando su visión, vivencias y los datos necesarios para realizar investigación asociada al proyecto.

Queremos realizar una expresión de cariño hacia todo el conjunto de familiares y amigos que nos han acompañado. No sería correcto desde nuestro corazón, olvidarnos expresamente de quien a lo largo de este camino ha padecido muchas horas alejados de nuestra compañía realizándonos sus aportaciones personales, incluso profesionales, y sobre todo desde la credibilidad y la confianza depositada en nosotras dándonos el aliento suficiente para seguir apostando por este bonito proyecto; con todo nuestro cariño gracias a Noelia, Rosa y Ricardo.

Tampoco podemos olvidarnos de cada profesional que desde ilusionarse con el programa ha colaborado y dedicado su tiempo y esfuerzo mucho más allá del valor de un contrato laboral. Los Equipos de zona de cada una de las comunidades autónomas donde hemos podido llevar el proyecto que han realizado un excelente trabajo de captación y que han favorecido poder ejecutar todo el proyecto y la investigación asociada al mismo aportando todo aquello que era necesario y su calidad y calidez humana. Los profesionales de los diferentes equipos de intervención psicosocioeducativos, que han logrado realizar intervenciones con grupos grandes de personas cuidadoras con resultados muy óptimos y gratificantes durante muchos fines de semana, teniendo que alejarse de sus propias familias pero sin perder la ilusión de ayudar a mejorar la calidad y el bienestar de las personas participantes en el programa. Al personal de los diferentes balnearios, por poner todos sus recursos y facilidades para implementar el programa, haciendo un esfuerzo organizativo y personal para que tanto las personas cuidadoras cómo las profesionales nos encontráramos en un ambiente

acogedor y agradable. A los profesionales pertenecientes a diferentes administraciones y organizaciones que han creído y favorecido que el proyecto se hiciese posible.

Todo este proyecto no habría sido factible sin la financiación pública de diferentes subvenciones que comenzó con la aportación del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad a través de las convocatorias del I.R.P.F. del 0,7 canalizadas desde el soporte institucional de UDP (Unión Democrática de Pensionistas).

A UDP como organización, porque no solo nos ha proporcionado estructura, equipamiento, coordinación y gestión, sino que desde el inicio ha confiado en nuestro criterio profesional desde la sensibilidad de ser una organización especializada en ámbito del mayor y con compromiso de contribuir con esta nuestra sociedad, favoreciendo una mejora de la calidad de vida de todas aquellas personas que cuidan de sus mayores y de manera especial de los que se encuentran en situación de dependencia.

Por último, a la universidad CEU San Pablo desde el departamento de Psicología adscrito a la Facultad de Medicina y a sus excelentes colaboradores investigadores de prestigio por su generosidad al convenir al principio del proyecto de investigación a coste cero y confiar, apostar y colaborar con todas y cada uno de los retos y demandas que les hemos planteado a lo largo de estos años. Destacar que por encima de la labor profesional se han implicado desde la ilusión en este proyecto, que nos han proporcionado fuerza y refuerzo profesional y personal al valorar lo que estábamos desarrollando. La gran importancia de su participación ha logrado validar con datos el proyecto, nuestra teoría abriendo una puerta a la credibilidad y a la esperanza de un cambio para construir una sociedad mejor y más justa.

INDICE

1.	Preámbulo	6
2.	Introducción al Modelo de "Cuidado Equilibrado"	9
3.	Objeto de este cuadernillo	11
4.	La necesidad de cambiar	
5.	El cambio de paradigma en el cuidado de la dependencia: del cuidado centralizado al modelo descentralizado	14
6.	Representación gráfica del "Sistema de cuidado"	20
7.	Consecuencias y desequilibrios en el cuidado	21
8.	De la teoría a la práctica: desarrollo e implementación del "Modelo de cuidado equilibrado" en el programa "Cuida-relax"	24
9.	Elementos básicos de la planificación organizativa	34
10.	Planificación y fases de intervención en el programa Cuidarelix	36
11.	Estructura de las sesiones de intervención sociobalnearoterapia	38
12.	Aspectos transversales a contemplar en la intervención grupal	41
13.	Valoración del programa los beneficios que desde la investigación se han demostrado	45
14.	Referencias en relación al "Modelo de cuidado equilibrado"	49
15.	Anexo. Manual Cuidarelix	50

1. PREÁMBULO

La Ley 39/2006 del 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia, llamada "Ley de Dependencia", puso en marcha el actual Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, generando un conjunto de Derechos subjetivos, con recursos, servicios y prestaciones.

En la definición de dependencia, se contemplan las razones que pueden determinar la misma y, por ello, desde la Ley, se incorporan los recursos que deberían ser necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria y que configuran los niveles de autonomía personal, desarrollando una serie de requisitos para su previa valoración de situación de dependencia que en su Evaluación se determina por grados y permite el acceso a la cartera de servicios, recursos y prestaciones.

No es este el espacio de análisis y seguimiento del sistema, ya que existen organismos más preparados y con capacidad para ello, como ejemplo "El Observatorio de la Dependencia", pero sí es importante reseñar que en el conjunto de la cobertura de necesidades de las personas en situación de dependencia queda un largo camino por recorrer en el que se garanticen sus derechos y en el que el Estado, es el único que debe de garantizar los mínimos necesarios para su desarrollo. (Pacto de Estado, Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 14-12-2016).

Desde el ejercicio profesional en el colectivo de la dependencia y de manera específica en el del Mayor, hemos ido constatando la necesidad de reflexionar sobre el modelo de intervención en el conjunto de la dependencia con este sector poblacional por entender que se dan realidades específicas y diferenciadas en el abordaje de su atención integral, así se da la circunstancia que, ante el mismo resultado valorativo de Grado de Dependencia en un menor de edad, en un adulto o en una persona mayor, los instrumentos, los profesionales, los recursos y los apoyos son diferentes aun estando todos encaminados al mismo fin. Además, es de considerar que el entorno que rodea a este colectivo en dependencia tiene un abordaje diferente, no solo de implicación sino de barreras en el cuidado, todo ello desde un modelo centralizado en la persona objeto de la intervención y cuidados.

A este modelo, a partir de ahora le denominaremos **Modelo Clásico de Cuidado**.

Desde diferentes ámbitos profesionales, un conjunto de expertos en atención a la dependencia en el colectivo de mayores (psicológico, trabajador social, sanitario, de intervención social, etc) hemos intentado, por un lado, recoger nuestras experiencias de intervención y, por otro, desde el acumulado de años de trabajo con este colectivo y su entorno referencial para transmitir los resultados, la problemática e intentar ofrecer alternativas de mejora.

Los aspectos más destacables y coincidentes en la exposición se centraron en tres ejes fundamentales:

El primer eje hace referencia a la **valoración de los cuidados directos que reciben las personas mayores** en situación de dependencia, dentro de los diferentes agentes que intervienen en su cuidado

El segundo eje refiere a la **temporalidad de los cuidados en dependencia y valoración de las consecuencias derivadas de la misma**, sobre todo en los agentes directos del cuidado que son mayoritariamente realizados por familiares. Es necesario en este apartado reseñar la importancia del Modelo Clásico patriarcal, en donde el porcentaje mayor del cuidado directo recae sobre las mujeres (84%; IMSERSO, 2005), y que se denomina "feminización del cuidado" generando una sociedad con procesos de desigualdades y un alto coste personal. Los datos en torno a las consecuencias de Salud derivados del largo proceso de cuidados directos en dependencia están ampliamente recogidos entre otros por la OMS, en donde en algunos apartados, a este colectivo de cuidadoras se les denomina "*pacientes ocultas*".

Para completar el último eje, no podíamos dejar de realizar una mirada hacia una sociedad desde un modelo solidario que, por un lado, **demanda que la calidad de vida y los cuidados en dependencia tengan garante de dignidad y profesionalidad** y, por otro, **se olvide de los agentes que se ocupan de conseguir dichos objetivos**. Esta ausencia o carencia de la cobertura de todas las necesidades que requiere la integralidad de la acción quizá nos obligue a ser conscientes de la necesidad de implicarnos con un mayor compromiso social y, sin lugar a dudas, desarrollar más estrategias preventivas y de acción comunitaria. Una sociedad que se quiera denominar "desarrollada" no puede dejar en el olvido a todos y cada una de las partes integrantes del cuidado.

Estos elementos, a lo largo de mucho tiempo, nos han llevado a la necesidad de intentar realizar un diseño de intervención diferente en donde el modelo clásico

centralizado en la persona objeto del cuidado en dependencia de larga duración se realice con otros parámetros, actitudes, miradas, metodología, agentes implicados y el convencimiento de su descentralización.

En resumen, intentar generar "Un Nuevo Modelo de Cuidado",

2. INTRODUCCIÓN

Las diferentes experiencias profesionales en el mundo del mayor y la dependencia han ido configurando un ajuste necesario entre lo existente a nivel teórico y el abordaje de las necesidades desde la praxis cotidiana.

El **equilibrio de un sistema de cuidado de larga duración** surge ante la detección de diferentes desajustes entre los elementos-agentes que intervienen en el mismo.

Por un lado, la obligación de garantizar la cobertura de las necesidades integrales de las personas en situación de dependencia. Por otro, una mirada solidaria y de apoyo a las personas que se ocupan de su cuidado de manera directa. Por último, pero no menos importante, el entorno que rodea a todo el conjunto de la dependencia.

Estos tres elementos que desde el marco teórico se contemplan en las diferentes intervenciones que configuran el cuidado de la dependencia, desde la práctica profesional fuimos visibilizando su inexistente cohesión en muchos casos y falta de reciprocidad responsable en otros. El trabajo de cada sector individualizado ha proporcionado un avance importante en el modelo de intervenir y de ahondar en la manera de mejorar cada uno de ellos, pero la realidad es que los resultados del conjunto de la mejora integral no están en relación directa al esfuerzo que con lleva su ejecución profesional, personal, y social.

Los análisis de los datos obtenidos de los diferentes sectores que intervienen en los cuidados de larga duración hicieron que un colectivo profesional de diferentes ámbitos académicos intervinientes en el cuidado intentásemos realizar, por un lado, una **reflexión valorativa** y, por otro, la necesidad de **constatar empíricamente** y demostrar con ello las carencias y desajustes existentes, **con el objetivo de favorecer, mejorar y cohesionar el cuidado de larga duración en dependencia.**

Desde los diferentes agentes y sectores que intervienen en el cuidado de las personas mayores y la dependencia existen muchos estudios de organismos que se han ocupado de desarrollar, cada uno de ellos, análisis cuantitativos, cualitativos, y evaluativos de la situación actual de este colectivo con el objetivo de analizar necesidades, mejorar los resultados de la intervención y favorecer el estado de bienestar de las personas mayores en situación de dependencia (ej: IMSERSO, el observatorio de la dependencia,

entre otros).

Este proceso ha permitido especializarse en los diferentes aspectos que intervienen en el cuidado de la dependencia. Se han invertido grandes esfuerzos profesionales en mejorar la salud específica que, sin lugar a dudas, ha dado como resultado la prolongación de vida de las personas mayores y en dependencia. **En pocos años se ha pasado de una temporalidad del cuidado corto a una de larga duración.**

Por otra parte, el antiguo modelo centralizado suponía, a niveles más globalizados, una perpetuidad y mantenimiento de un sistema de valores desde un modelo patriarcal denominados "domésticos", individualizados, con escasa proyección exterior, y con gran dosis de difusión de valores y creencias del macrosistema que han influido decisivamente.

Desde el mantenimiento del modelo tradicional de cuidar y el cambio producido en las últimas décadas en las características sociológicas de las estructuras familiares y sociales se han producido muchos desajustes. Esta sociedad, que ha hecho esfuerzos por adaptarse a estos cambios, no ha logrado incorporar los suficientes elementos favorecedores para el abordaje de este avance de temporalidad y de cuidados más especializados y de dedicación de estos.

A pesar de los esfuerzos desde el sistema público, tampoco se ha podido dar cobertura a la demanda de las necesidades existentes en este sector. Todo ello acompañado, una vez más, del modelo de mantenimiento histórico del cuidado en el ámbito familiar, pese a los diferentes cambios existentes en el conjunto de nuestra sociedad.

Para terminar, no podemos olvidarnos de la realidad de la feminización del cuidado ampliamente estudiada y con recomendaciones específicas en los documentos publicados, entre otros, por el Ministerio de Igualdad (2008), con el objetivo de avanzar hacia una sociedad más justa e igualitaria y con un reparto más equilibrado y sostenible.

En resumen, nuestro modelo teórico parte de una realidad, de una amplia experiencia profesional y de una profunda reflexión sobre cómo estamos organizando en nuestra sociedad el cuidado de larga duración en dependencia con profundo convencimiento de que teníamos que **cambiar el modelo tradicional de cuidar.**

Teníamos la oportunidad de demostrar que el cambio a otro modelo de cuidado era

necesario y beneficioso para el conjunto de la sociedad, en especial, para aquellas personas implicadas en el cuidado directo de sus familiares y/o allegados. Con responsabilidad profesional, compromiso e ilusión nos lanzamos a implementar e ir dibujando lo que actualmente denominamos "Modelo de Cuidado Equilibrado".

3. OBJETO DE ESTE CUADERNILLO

Este cuadernillo pretende dar una visión general de cómo surgió el modelo descentralizado del Cuidado Equilibrado, que se materializó en el diseño e implementación de un programa denominado CUIDARELAX.

La descentralización del sistema de cuidados es la alternativa paradigmática al obsoleto y poco eficaz **modelo tradicional de cuidado** que, como se ha aclarado anteriormente, ha dado lugar a consecuencias adversas tanto en las **condiciones de salud** de los agentes responsables de ejercer los cuidados (fundamentalmente mujeres), como en el mantenimiento de **situaciones de desigualdad y pérdida de oportunidades** de quienes han protagonizado la acción de protección directa del mayor dependiente.

Un supuesto básico que interesa recalcar es que el **sistema nuclear de cuidado**, constituido por el binomio cuidador-sujeto receptor de cuidado (en nuestro caso "mayor dependiente"), no es una realidad discreta que empieza y concluye en sí misma desde la estricta esfera de lo privado. El sistema nuclear de cuidado tiene una trascendencia de amplio espectro, que se irradia al resto de la red social, se trasmite, se modela y se reproduce y, a fin de cuentas, "crea una cultura del cuidado" que se configura desde los mismos supuestos, procedimientos y actitudes que determinan una forma de proceder en la praxis diaria.

Este ascenso desde el centro a la periferia a su vez revierte en los individuos en una relación dialéctica, creándose una **resocialización** que tiende a perdurar los procedimientos y los sistemas. Es por ello por lo que el sistema de cuidado hay que entenderlo desde una **visión en perspectiva y descentralizada**, que va más allá de la situación concreta constituida por los dos polos del cuidado, como ha venido haciéndose de forma restrictiva y excluyente en el modelo tradicional de cuidado.

En resumidas cuentas, solo una visión en perspectiva, integradora y dialéctica nos permitirá no solo un adecuado análisis y comprensión del fenómeno del cuidado, sino que alumbrará una forma particular de praxis, centrada en la intervención en el

escenario social, próximo, donde se reproducen los diferentes **estilos de organización del cuidado**.

Como se ha indicado, existen criterios basados en la evidencia, que nos han proporcionado la experiencia propia de implementar nuestro modelo de "Cuidado Equilibrado" a través del programa CUIDARELAX. Constatamos el impacto, a veces muy negativo del cuidado sobre las condiciones de salud (conceptualizada desde un amplio espectro, como pérdida de bienestar bio-psico-social) así como la perpetuidad de situaciones de desigualdad en cuanto a la asunción de cargas, responsabilidades y de pérdida de oportunidades personales, de ocio y laborales, que nuevamente se confirma sigue recayendo fundamentalmente sobre la mujer ("por el hecho de serlo"). Todo esto nos llevó a ver lo evidente, debíamos avanzar en la **comprensión del fenómeno desde la perspectiva de género**.

Los cambios en el estilo de cuidado, desde una perspectiva integradora y descentralizada, que supere modelos típicos del patriarcalismo histórico, supondrían un cambio en cuanto a la asunción de roles, la igualdad en el reparto de la carga y las responsabilidades (división equitativa del trabajo) y, con ello, la neutralización progresiva de aquellas condiciones de pérdida y estrés generadoras de patologías (ej: ansiedad/estrés, trastornos afectivos, deterioro de las relaciones de pareja y familiares, decremento de la participación social y pérdida de red primaria de apoyo, enfermedades cardiovasculares, etc), así como el incremento de la eficacia y de la satisfacción en el cuidado. A su vez, las mejoras en cuanto a la **satisfacción con el cuidado**, repercuten directamente en una optimización en la calidad de los cuidados cuyo beneficiario directo es la persona en situación de dependencia.

Todo ello ha constituido los objetivos de la intervención en el programa CUIDARELAX. Es más, la razón fundamental de la intervención, desde la perspectiva de los individuos protagonistas del sistema de cuidado.

Los cambios en el estilo de cuidado favorecen asimismo **cambios culturales** del cuidado (a nivel del macrosistema socio-cultural). Estos cambios, deben forjarse inexorablemente desde el **cambio de actitudes y valores** que han venido favoreciendo y sustentando el modelo tradicional de cuidado, como podrían ser, valores próximos al "cuidado abnegado y autoexcluyente" hasta todos los que redundan en situaciones de pérdida y división desigual del trabajo en la figura que ostenta el cuidado.

Este quizá sería el objetivo final del programa propuesto: este cambio de nivel del

macrosistema, un elemento transformador de cultura, que integre de manera creciente a sectores diversos de la sociedad, en el que se incluyan instituciones, servicios públicos, individuos y familias.

El CUIDARELAX surge y se posibilita por la acción conjunta de diversos sectores sociales: personal técnico con amplia experiencia en la atención psicosocial a personas mayores en situación de dependencia y su entorno familiar, organizaciones estatales y movimientos asociativos, irrumpiendo con fuerza en el año 2010 y desarrollando su acción en diversas zonas de la geografía nacional.

En su lado más visible es un programa de intervención directa, cuyo centro de interés ha estado constituido por personas cuidadores principales y de apoyo de personas mayores en situación de dependencia y larga duración en el cuidado

Pero el CUIDARELAX no se limita a un modus operandi, con una estructura y dinámica determinadas, que se uniría categorialmente a otras formas similares de intervención social.

EL CUIDARELAX es un programa en el que se ha aunado la implementación de un nuevo modelo teórico unido a la investigación y constatación teórica desde la praxis. Una metodología que nos permite una labor analítica de la realidad social y una evaluación pormenorizada de los resultados, a través de la recopilación sistemática de datos y una retroalimentación que nos ha permitido constatar nuestro modelo explicativo el “Cuidado Equilibrado”.

Por tanto, el nuevo modelo teórico implementado, lejos de ser un programa más de intervención transversal, tiene una proyección de futuro, que permite nuevas formas de actuación y abre un campo importante dentro de la investigación psicosocial, sanitaria y del ámbito de políticas de igualdad.

Nos gustaría que desde este breve documento se visualizara el modelo del cuidado equilibrado, el porqué, el para qué y el cómo fuimos capaces de diseñar e implementar una intervención que nos ha llevado a argumentar la necesidad de proponer cambiar todo el paradigma actual del cuidado desde un modelo centralizado a un modelo descentralizado abordando la perspectiva de género.

Quizás, imaginando el futuro, nos encantaría también que lo escrito en las siguientes páginas fuese una referencia y un inicio para el diseño de intervenciones innovadoras

futuras en la aplicación de este nuestro modelo.

4. LA NECESIDAD DE CAMBIAR

Antropológicamente, los seres humanos tenemos incorporado desde nuestros orígenes el cuidado de nuestros congéneres en situación de dependencia. Ya los homínidos cuidaban a sus mayores y a los miembros de su grupo en situación de dependencia. Quizás el cuidado de los otros nos hizo, entre otros aspectos, más humanos colaborando a que sobreviviéramos como raza y especie.

Actualmente existen evidencias claras de esta realidad. Son varios los restos fósiles que se han ido encontrando por diferentes investigadores en diferentes yacimientos arqueológicos prehistóricos Atapuerca (España), Dmanisi (Georgia), La Chapelle aux Sains (Francia). Recordar como ejemplo dos de ellos encontrados en la Sierra de Atapuerca, "Benjamina", la niña de la sima de los huesos que nació con fusión prematura de los huesos craneales lo que seguramente le ocasionó una discapacidad. Otro caso es el de "Miguelón" que parece que padeció terribles infecciones bucales que perforaron su mandíbula y que no le dejaron masticar. Ambos individuos vivieron hace 450.000 años. Seguramente, ambos eran muy dependientes de su grupo y por sí solos no hubieran podido sobrevivir y, sin embargo, lejos de ser considerados lastres y abandonarlos, los cuidaron. **Es posible que lo que nos hizo humanos, entre otros aspectos, fuera sobrepasar la propia supervivencia y comenzar a atender a los otros cuando padecían enfermedades que requerían de cuidados y de ayuda.**

Probablemente, lo primero que se originara fuera un sistema de cuidados grupal que con el paso del tiempo se transformó en cuidados gremiales de la familia más cercana y que ha ido a lo largo de los tiempos perdurando. Como consecuencia, **el ser humano siempre ha cuidado desde la implicación afectiva y el compromiso con su grupo de referencia** familiar y nuclear. La organización de los cuidados dentro del ámbito familiar y/o de los allegados más próximos, se ha centrado desde hace muchas generaciones en organizar prioritariamente "el mejor cuidado" de aquel miembro con enfermedades y en situación de dependencia. Se trata de un modelo, por tanto, centrado en el cuidado de aquel miembro familiar con necesidad de ayuda para su supervivencia.

Desde mediados del siglo XX, en algunas sociedades consideradas como más desarrolladas, hemos asistido a un fenómeno novedoso en la historia de la humanidad:

el **aumento generalizado de la esperanza de vida**. Este hito histórico se ha producido no solo en la población en general, sino también en aquellas personas que padecen enfermedades incapacitantes y, por tanto, necesidad de ayuda diaria (personas en situación de dependencia). Como consecuencia, **los cuidados de larga duración han pasado de ser minoritarios a convertirse en situaciones cotidianas en nuestra sociedad**. Actualmente, España se encuentra entre los países con mayor esperanza de vida del mundo y se enfrenta a un gran reto de reorganización social y por tanto de los cuidados.

Estas sociedades tienen personas cuidadoras que en anteriores épocas habían sido cuidadas por su entorno generacional más fuerte y joven. Su media de edad se ha prolongado no solo para las personas cuidadoras, sino también en el largo periodo de cuidado de las personas objeto de los cuidados. A todo ello hay que incorporar que en muchas unidades familiares se mantienen las funciones afectivas del cuidado de la infancia. Nos encontramos, por tanto, con una población que habiendo entrado en una edad de jubilación, frecuentemente son **dobles cuidadores**, por un lado, de sus progenitores o parejas sentimentales y de otros allegados envejecidos y/o en situación de dependencia, y además, son cuidadores de sus nietos o infancia cercana por motivos, en algunos casos, de elección propia y, en otros, motivada por situaciones económicas y de desajustes sociales, siendo el sostén de las unidades familiares en situación de crisis.

Este fenómeno que nunca se había producido hasta hace pocas décadas supone un gran reto y requiere de una organización diferente del sistema social en su conjunto, incorporando nuevas estrategias para conseguir el mismo propósito: seguir cuidando de nuestros seres queridos. Pero, al mismo tiempo, se hace necesario **amortiguar las consecuencias que el alargamiento del tiempo dedicado a las tareas de cuidar** en dependencia desde el modelo clásico tiene sobre las personas cuidadoras principales (ej. síndrome del cuidador/a).

La evolución demográfica ha transformado nuestra sociedad y, por tanto, la aplicación del modelo tradicional del cuidado que servía en el corto tiempo de cuidado, exige ser modificado al aplicarse al cuidado de larga duración. El porcentaje de personas con enfermedades que requieren de cuidados larga duración es elevado en nuestras sociedades. Como muestra de enfermedad prototipo que requiere cuidados de larga duración podemos citar la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, cuya incidencia se incrementa de forma exponencial a partir de los 65 años. Podríamos estimar que tan solo con este tipo de enfermedades, uno de cada cuatro hogares españoles tendría

algún miembro familiar allegado con esta enfermedad.

En el modelo clásico de cuidado se ha priorizado ofrecer el mejor cuidado del familiar mayor en situación de dependencia centrando las tareas y responsabilidades en las

personas cuidadoras principales familiares. Quizá esta fórmula, transmitida culturalmente en nuestra sociedad, sea la más adecuada y equilibrada cuando el periodo de cuidado es corto (días, meses). Este modelo ha perdurado porque el tiempo de realización permitía no llegar al desajuste de la estructura familiar, el desequilibrio emocional y de la salud en general, todo ello sumado a la construcción social de roles asignados en función al género y al modelo socioeducativo y de organización social. Sin embargo, con la actual esperanza de vida, nos enfrentamos a situaciones de cuidados de larga duración donde centrar las tareas de cuidado en una única persona (cuidador/a principal) aboca al deterioro de su salud física y mental, así como sus relaciones familiares y de pareja.

Es ineludible un cambio de modelo de cuidar desde la perspectiva de género, no solo porque las personas cuidadoras principales son en su mayoría mujeres, sino además porque existen diferencias en las personas mayores en situación de dependencia en función del género, siendo el de mayor porcentaje mujeres (feminización del cuidado). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud 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 este colectivo se le incremente el nivel 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.

El cuidado cuando se producía en épocas anteriores formaba parte de periodos cortos del ciclo vital. Sin embargo, los cuidados de larga duración han pasado a ser una parte fundamental y habitual de la estructura social del momento en el que vivimos. Por ello, es necesario plantear nuevos retos, como raza humana. Hay que incorporar el cuidado de larga duración en una sociedad que permita el desarrollo equilibrado en su conjunto, en donde cuidar no sea sinónimo de que las personas responsables cuidadores principales se dejen la vida en ello y en aras a una premisa mal entendida de protección desequilibradora, también le vaya la vida a su entorno.

Como resultado, es necesario reflexionar sobre el análisis del cuidado para realizar un **abordaje del cambio de modelo y de valores en el cuidado**. Es importante cambiar y

ajustar las estrategias empleadas con las personas cuidadoras principales, con sus familiares, su entorno y la sociedad en general.

La necesidad de cambiar el modelo de cuidado se fundamenta, además, en que en un cuidado responsable se dan sentimientos y respuestas que bloquean la toma de decisiones adecuadas, en muchos casos, por las personas en situación de dependencia, por las personas cuidadoras principales, por el entorno cercano al cuidado y por la sociedad en general. Todo ello, son sumatorios que obligan a realizar necesariamente **cambios que favorezcan, apoyen y proporcionen respuestas de responsabilidad social** y no abandonen la mirada del cuidado desde un modelo centralizado y reduccionista. No se debe solo contemplar a la persona objeto del cuidado y a la persona cuidadora principal, sino que es necesario incorporar una transformación que incluya a las personas cuidadoras de apoyo, al conjunto familiar y al resto de la sociedad desde los diferentes ámbitos de intereses, hasta ahora, partidistas en unos casos y en otros acomodados e inmovilistas.

5. EL CAMBIO DE PARADIGMA EN EL CUIDADO DE LA DEPENDENCIA: DEL CUIDADO CENTRALIZADO AL MODELO DESCENTRALIZADO

Cambiar el paradigma del cuidado de larga duración es apostar por cambiar los modelos clásicos de cuidado centralizado, en donde 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) en donde las consecuencias emocionales individuales y del entorno están mediatizadas por los vínculos afectivos relacionales y por ese modelo tradicional de cuidar, sin olvidarnos de otras variables que afectan porque son personas de nuestro ámbito familiar y/o allegados afectivos. por un **modelo descentralizado** e integrador, en que se reconoce la importancia de la realidad del resto de los componentes del sistema de cuidado, como elementos sensibles; dicha sensibilidad, se proyecta en una apreciación de la realidad de cada uno de ellos, sus necesidades y ajustes personales -e interpersonales-.

Esta visión integradora, va a redundar, en un primer análisis, micro-sociológico, en dos aspectos fundamentales, primero, en una mejora de la calidad de la relación de cuidado y en un segundo lugar, por la consecución de un estado de salud y bienestar bio-psico-social por parte de todos los integrantes implicados en dicha relación de cuidado.

Es necesario valorar la importancia del modelo patriarcal del cuidado para entender la asignación de roles del mismo y sin lugar a dudas intentar demostrar que no se ajustan a un desarrollo que favorezca, la justicia social, la igualdad de derechos humanos y por tanto genera desajustes y desequilibrios sociales y personales.

Es necesario e imprescindible cambiar el modelo de cuidado en los casos de cuidados de larga duración. Hay que construir nuevos modelos teóricos y prácticos del cuidado en dependencia. En este contexto, Ortiz y Martínez proponen el paradigma de un modelo descentralizado, el "modelo del cuidado equilibrado". En el que se mantiene que cuidar equilibradamente supone mejoras integrales en todos los elementos que intervienen en el sistema del cuidado.

El **cuidado responsable** de la persona afectada, favorece un buen trato personalizado ajustado a sus necesidades de cuidado, eliminando prácticas inadecuadas. Dignifica a la persona en situación de dependencia empoderando su derecho a un trato digno como ser humano. Además este modelo garantiza la seguridad, favorece la eliminación de miedos y sentimientos de culpa. Cuestiona algunos comportamientos de organización del cuidado con conductas sobreprotectoras que generan mayores niveles de dependencia física y/o emocional. Todo ello amortigua el impacto emocional negativo en la persona en situación de dependencia vinculado a los sentimientos de ser una carga para sus familiares ofreciendo un entorno de cuidado que garantiza la seguridad y el equilibrio emocional.

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 organización del cuidado desde el inicio con la eliminación del modelo clásico patriarcal del cuidado, potenciando los elementos positivos y satisfactorios del cuidado, amortiguando los elementos negativos que perjudican la salud y que producen diferentes desequilibrios en sus vidas.

Por todo ello, organizar el cuidado de la persona mayor dependiente desde el modelo descentralizado del **cuidado equilibrado** requiere integrar los siguientes aspectos fundamentales considerando la perspectiva de género (Ortiz & Martínez, 2013):

- Favorecer el **cuidado responsable del familiar objeto de atención**.
- Favorecer el **autocuidado** de la persona cuidadora principal.

-
- Asegurar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de la persona cuidadora principal garantizando la **co-responsabilidad** en el cuidado.

En cualquiera de las formas posibles de organizar el cuidado de larga duración de una persona en situación de dependencia deberían de estar incorporados y tenidos en cuenta estos tres elementos, que definen todo un sistema de cuidado. Y debería idealmente lograr establecer un equilibrio, a veces difícil, donde todos los ejes sean contemplados y ninguno anulado, buscando el ajuste mas favorable de manera proporcional e igualitaria.

Se contempla en este modelo una mirada a la persona en situación de dependencia que no puede subsistir sin alguien que le cuide, por eso en el centro del modelo situamos no a personas sino a la **relación de cuidado que se establece entre ambos**. Con cuidar no basta, el cuidado debe de ser "**responsable**". Este adjetivo cargado de valores asegura y garantiza el buen trato, la dignidad, la calidad y calidez en la atención de la persona más vulnerable.

Es imprescindible hacer una mirada responsable hacia **la persona cuidadora principal** que por su importancia y por las posibles consecuencias derivadas de asumir el cuidado necesita que se proporcione medidas para asegurar su calidad de vida y su desarrollo personal. **Favorecer y sensibilizar a este colectivo tan vulnerable para que se cuide**, va mucho más allá de indicarles y/o formarles, intervenciones necesarias pero no suficientes, es preciso además **ofrecer ocasión y oportunidad para que lo puedan realizar**.

Por último se debe contemplar la construcción de una sociedad inclusiva, donde cuidar forme parte natural del vivir desde un modelo flexible, descentralizado e integrador en donde se contemple la realidad de todos los componentes activos del sistema del cuidado como elementos esenciales de la realidad de cada uno de ellos en donde es imprescindible valorar las necesidades y los ajustes en su conjunto.

En resumen mejorando la calidad de la relación del cuidado y favoreciendo un estado de bienestar bio-psico-social de todos los elementos implicados en el mismo. Es necesario por tanto **compartir las responsabilidades** del cuidado e incorporar a la sociedad en su conjunto.

Resaltar que en las tres dimensiones contempladas en el "modelo de cuidado Equilibrado" para que cumplan los criterios de justicia social, de igualdad de derechos

humanos y equilibren los desajustes sociales y personales, hay que abordar todo el proceso de sociabilización y los elementos intervinientes desde la perspectiva de género.

6. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL "SISTEMA DE CUIDADO"

En la representación gráfica del modelo que hemos desarrollado, el sistema de cuidado se representa como una diana de círculos concéntricos, donde en el centro situamos la relación de cuidado. Rodeando al centro se van incorporando todos aquellos elementos que intervienen de mayor a menor implicación directa en el cuidado.

Esta representación gráfica puede ser útil para visualizar cómo, desde un modelo centralizado, las presiones van desde fuera hacia dentro generando niveles de presión sumatorios en la persona cuidadora principal y en la relación del cuidado. Mientras que, desde el modelo descentralizado del cuidado equilibrado que proponemos se invierte la presión ejercida sobre la persona cuidadora principal para liberarla desde poder compartir e incluir las responsabilidades del cuidado (corresponsabilidad) de todos los elementos del sistema de cuidado.



El cambio de modelo de cuidado, desde una perspectiva descentralizada, contiene

elementos centrífugos, en tanto que no se limita a una interiorización de valores y filosofías obsoletas, sino que tiene un componente que va a redundar, de forma inexorable, en un **cambio social**, en un replanteamiento ideológico que va a constituir la verdadera esencia del cambio. Y, en ese cambio de valores, es ineludible la comprensión de la perspectiva de género y sus implicaciones tanto en el cuidado directo, como en el microsistema del cuidado.

7. CONSECUENCIAS Y DESEQUILIBRIOS EN EL CUIDADO

El mantenimiento de un modelo centralizado en el cuidado de larga duración en dependencia casi siempre tiene consecuencias devastadoras en todo el sistema de cuidado. También, si en la organización se ignora alguno de los ejes fundamentales o se sobredimensiona anulando a otros, pueden existir desequilibrios que perjudican a todo el conjunto. Es lo que denominamos “**desequilibrios por exceso y por defecto**”.

Entendemos bajo nuestro modelo que los tres elementos (cuidado responsable, cuidado de persona cuidadora principal, conciliación-corresponsabilidad), deben mantenerse dentro de unos parámetros flexibles pero cercanos al equilibrio medio, ya que los extremos en cualquiera de los tres elementos pueden desarrollar modelos no solo desajustados de cuidar, sino con consecuencias adversas alejadas del buen cuidar y en las que un elemento se beneficia a costa del perjuicio del resto.

Hemos clasificado en la siguiente tabla algunos ejemplos de situaciones de los desequilibrios que hemos observado desde nuestra experiencia profesional y que, organizados desde nuestro modelo, representan ejemplos claros de cómo los extremos del exceso y el defecto dan como resultado situaciones perjudiciales que deben de ser detectadas para poder intervenir. Estas situaciones están expuestas desde los extremos. El extremo del exceso de dar todo el peso a un parte frente al extremo del defecto de no contemplar en absoluto o no dar ningún valor a la misma.

CUIDADO RESPONSABLE DE UN FAMILIAR		
EN SITUACION DE DEPENDENCIA		
ELEMENTOS DEL CUIDADO EQUILIBRADO	Desequilibrios por Exceso	Desequilibrios por Defecto
	➔ Desequilibrios Familiares.	➔ Maltrato.
	➔ Comportamientos de la persona cuidadora principal.	➔ Negligencia en el cuidado.
	➔ Exigentes / tiranía con el entorno de cuidado	➔ Riesgos para la salud del familiar en situación de dependencia.
	➔ Agotamiento / extres.	
	➔ Riesgos para la salud de la persona que cuida.	
	➔ Riesgo duelo complicado tras el fallecimiento del familiar en situación de dependencia	

CUIDADO DE LA PERSONA CUIDADORA		
ELEMENTOS DEL CUIDADO EQUILIBRADO	Desequilibrios por Exceso	Desequilibrios por Defecto
	➔ Claudicación de cuidados.	➔ Abandono - síndrome del cuidador / a
	➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado	➔ Potencia los aspectos negativos derivados del cuidado
	➔ Sobregarga de los recursos de apoyo.	➔ Agotamiento del entorno de cuidado.
	➔ Desequilibrios en derechos y deberes.	

CONCILIACION / CORRESPONSABILIDAD			
ELEMENTOS DEL CUIDADO EQUILIBRADO	#	Desequilibrios por Exceso	Desequilibrios por Defecto
	Personal	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Claudicación de cuidados. ➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado ➔ Sobregarga de los recurso de apoyo. ➔ Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Abandono - síndrome del cuidador / a ➔ Potencia los aspectos negativos derivados del cuidado ➔ Agotamiento del entorno de cuidado.
	Pareja	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Claudicación de cuidados. ➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado ➔ Sobregarga de los recurso de apoyo. ➔ Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Crisis de Pareja ➔ Sensación de Impotencia ➔ Sentimiento de soledad en pareja ➔ Desestabilización de la estructura familiar
	Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Claudicación de cuidados. ➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado ➔ Sobregarga de los recurso de apoyo. ➔ Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Ignorar las necesidades y proyecto de vida de otros miembros familiares. ➔ Sentimiento de abandono efectivo familiar. ➔ Desequilibrios familiares ➔ Comportamientos del cuidador/a principal exigente/tiranía con el entorno de cuidado familiar.
	Laboral	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Claudicación de cuidados. ➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado ➔ Sobregarga de los recurso de apoyo. ➔ Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Abandono de la actividad / carrera laboral. ➔ Falta de crecimiento laboral. ➔ Merma económica
	Social	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Claudicación de cuidados. ➔ Delegación del cuidado exigente/ tiranía en la delegación del cuidado ➔ Sobregarga de los recurso de apoyo. ➔ Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Aislamiento. ➔ Soledad.

9. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO EQUILIBRADO EN EL PROGRAMA CUIDARELAX

Estamos en una sociedad acostumbrada a normalizar y dar como válida la forma de organizar el cuidado de nuestros seres queridos desde el cuidado clásico, sin ser plenamente conscientes de los costes añadidos que tiene su aplicación en el cuidado de larga duración. Cuando surge la posibilidad de diseñar el que al final fue el programa "Cuida-relax" era preciso reflexionar sobre cómo diseñar el mismo para implementar en las personas la necesidad de realizar cambios para mejorar. Teníamos que contemplar cómo lograr modificaciones de esta visión desde el proceso individual, pero sobre todo desde dar una visión del conjunto social que favoreciese la realización, si fuera necesario, de cambios de vida para establecer un mayor equilibrio entre todos los elementos que forman parte activa y pasiva del sistema de cuidado.

Se nos ofreció la posibilidad de realizar un **diseño de intervención innovador** que permitiera tomar contacto con las personas cuidadoras de larga duración de dependencia, que, por un lado, nos ofreciera profundizar y demostrar las consecuencias del cuidado desde el modelo clásico y, por otro, intervenir para implementar un nuevo modelo de cuidar que denominamos **EL CUIDADO-EQUILIBRADO**. Para ello, se puso en marcha una herramienta que a lo largo de más de ocho años ha permitido consolidar la necesidad de un nuevo paradigma del cuidado: así nació el **Programa "CuidarelaX"**.

LA UBICACIÓN DEL PROGRAMA: UN ENTORNO ALEJADO DEL CUIDADO

Consideramos la idoneidad de su implementación piloto en un balneario para realizar el programa CuidarelaX en cuidadores familiares. Sus instalaciones y servicios podían favorecer la implementación de nuestra intervención socio-psicoeducativa porque facilitaba elementos transversales para alcanzar nuestros objetivos de intervención:

- **Un logro de la gestión equilibrada del cuidado:** asistir al balneario supone que el cuidador principal ha logrado delegar el cuidado de su familiar en situación de dependencia en otra persona o institución priorizando en esta ocasión su autocuidado personal y familiar. Dándose una oportunidad para relajarse y concederse un capricho de bienestar y de salud.

- **Oportunidad de mejora relaciones familiares:** Al extender la intervención a las parejas o hijos/as de los cuidadores principales de personas mayores en un clima relajado, placentero y distendido.
- **Oportunidad de contacto entre cuidadores familiares:** el contacto y relación con personas que viven situaciones parecidas es beneficiosa no solo para paliar sentimientos de soledad, normalizar y desdramatizar la situación de cuidado sino como proveedora y facilitadora en si misma de recursos personales y sociales al favorecer la generación de redes de apoyo naturales entre cuidadores.
- **Descanso y oportunidad de ocio:** en los balnearios se proporciona el descanso, conseguir relajación, romper con la rutina favoreciendo la desconexión por unos días de la dinámica cotidiana y suponen la realización de una actividad de ocio gratificante, y abriendo la posibilidad de realizar otra serie de actividades.

El programa podía ser también beneficioso para los balnearios, ya que esta experiencia abría la posibilidad de poder ser incorporados en su caso en la cartera de servicios de respiro y apoyo familiar. Ofreciendo un nuevo servicio que pudiera aportar ganancias a estas empresas en tiempos de crisis. En esta línea imprescindible hacer referencia a los programas de vacaciones de personas mayores y de balneoterapia impulsados por el IMSERSO que conjugan desde hace años los beneficios en personas mayores del ocio con el impulso de la económico del sector empresarial involucrado.

El diseño de dicho programa favorecía que a través de espacios de Balnearios en estancia de un fin de semana pudiéramos realizar intervenciones con las personas cuidadoras y nos ofreciera una oportunidad de incorporar las herramientas de un nuevo Modelo de cuidado, el "Cuidado Equilibrado".

Por un lado, era necesario demostrar que en el modelo clásico se estaban dando desequilibrios y, por otro, ofrecer una alternativa para seguir cuidando desde la elección afectiva pero con instrumentos que demostraran la eficacia y necesidad de generar cambios más ajustados a todos y cada uno de los elementos que intervienen en el cuidado de larga duración, de dependencia y además de personas mayores.

El entorno debería de dar oportunidad de acción a la teoría. El diseño del programa no pretendía ser una intervención formativa complementaria a una estancia en un entorno agradable termal sino, por el contrario, convertimos el espacio de relax en una herramienta que favoreciese el cambio. No solo íbamos a facilitarles datos, exponer

nuestro modelo con una demostración de las herramientas asociadas, sino que iban a comprobar "in situ" algunos de los beneficios del "autocuidado". Así el programa de intervención sociopsicoeducativo lograría salir reforzado. Facilitábamos la "autoreflexión" con la finalidad de que al retorno a sus domicilios el colectivo de cuidadores /as, produjera cambios de mejora integral en la organización del cuidado de larga duración.

INCORPORACION EN LA INTERVENCIÓN DEL CUIDADO: PERSONAS CUIDADORAS DE APOYO

Este lugar de ocio y desconexión nos permitía captar a otros miembros involucrados en el cuidado "personas cuidadoras de apoyo" incorporándolas como requisito necesario e imprescindible en la intervención grupal. El enganche para ambos era la gratificación de disfrutar de los beneficios de compartir un fin de semana alejado del cuidado y la formación para la organización del mismo. Las personas cuidadoras principales al compartir criterios, reflexiones y decisiones consensuadas de cambio con la persona que ellas mismas habían elegido para acudir al programa (cuidadores /as de apoyo) se sentirían más comprendidas. Asimismo, las personas cuidadoras de apoyo, aportarían una visión diferente de la situación desde el compromiso y la corresponsabilidad. Se convertían en un agente fundamental de apoyo para la persona cuidadora principal y para favorecer el cambio.

Por el perfil tan feminizado de personas cuidadoras principales, su edad y estado civil preveíamos, como así fue, que muchas elegirían a sus compañeros de vida, y que esto nos facilitaría de forma natural la inclusión en el programa de "hombres", especialmente dentro del perfil de "cuidadores de apoyo". Incorporarlos en la formación permitiría avanzar en los procesos de igualdad en el cuidado e intervenir desde la perspectiva de género, asegurando que no lo entendieran como un proceso de "enfrentamiento", sino como un proceso de mejora para todos/as especialmente para su situación particular en el que estaban involucrados.

Esto conllevaba abordar una percepción ajustada de la vulnerabilidad de los agentes participantes (personas cuidadoras principales y de apoyo) y en algunos casos la necesidad de incorporar cambios inclusive de manera preventiva. Esta percepción de vulnerabilidad debía de ser manejada cuidadosamente para no ser una carga añadida sino, muy por el contrario, rebajar niveles de ansiedad y angustia.

ALEJARSE DEL CUIDADO "UN GRAN LOGRO DEL PROGRAMA"

Al ir implementado el programa evidenciamos mucho más el gran valor de realizar el acierto de desarrollar el modelo de intervención alejado del entorno del cuidado.

Era beneficioso que las propias personas cuidadoras viviesen durante un fin de semana los beneficios de incorporar espacios de alejamiento en el cuidado de larga duración para, desde la distancia visibilizar su importancia para el autocuidado y su repercusión en fortalecer lazos afectivos con otras personas importantes en su vida, familiares, allegados y/o parejas. Facilitaba poder en cada caso identificar y visibilizar las presiones derivadas de asumir el cuidado, de las que generalmente no somos conscientes, ya que en el día a día las vivimos de manera normalizada y automatizada. Presiones originadas tanto a nivel individual como por nuestro entorno referencial.

Era un gran acierto dar la oportunidad de volver a experimentar los beneficios del ocio, del tiempo libre, del descanso del cuidado directo, ofrecer en resumen una oportunidad de acción para alejarse y demostrar los beneficios saludables y necesarios. Todo esto proporciona un marco muy favorable para desarrollar lo fundamental, la intervención grupal sociopsicoeducativa con cuidadores, que propicia la implementación de nuestro modelo, el del cuidado equilibrado.

Demostrar la importancia del equilibrio entre la palabra y la acción. "No basta con transmitir la necesidad del autocuidado...hay que ofrecer oportunidad y la ocasión". De esta manera la persona cuidadora principal pasaba de esta forma del rol de cuidar al de ser cuidada y todo ello favorecido por un entorno agradable, intentando por un lado recuperar la capacidad de disfrutar y por otro de eliminar los sentimientos de culpa por ello.

Alejarse de la presión continuada del cuidado en dependencia, favorecer espacios de relajación y un entorno acogedor y agradable permitiría intervenir de una manera más favorecedora, valorando su proceso global de cuidado, empoderando su papel de persona cuidadora principal frente al sentimiento de invisibilidad y desgaste.

Que los usuarios/as del programa tuviesen que trasladarse y el programa no se desarrollara en el lugar donde viven fue un acierto también, porque permitió que el programa llegase a intervenir con personas cuidadoras tanto de pequeñas zonas rurales como los provenientes de núcleos grandes urbanos igualando el acceso al programa independientemente del territorio en el que viven. Es interesante destacar, que al ser

un programa de intervención intensiva y alejado del entorno del cuidado todas las personas beneficiarias completaban el itinerario de formación intervención reduciendo al máximo el abandono y/o bajas.

Podemos asegurar que se dan diferentes culturas del cuidado por motivos sociodemográficos y de acceso a prestaciones, recursos y servicios de dependencia. La interacción entre diferentes concepciones vinculadas a lo rural y lo urbano, favorecía un sentimiento de identificación con los problemas derivados del cuidar, pero proporcionaba intercambios enriquecedores en modos de afrontamiento emocional y de utilización de recursos, como por ejemplo la contratación de personal de apoyo, la demanda de servicios institucionalizados o la fortaleza e importancia de las redes de apoyo.

RECURSOS ALTERNATIVOS PARA EL CUIDADO Y LA ATENCION A LOS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Lograr que las personas cuidadoras principales acudieran al programa tenía que ir acompañado de recursos que favorecieran el cuidado de las personas en situación de dependencia. Para ello, el programa estableció desde el inicio la posibilidad de financiar una red de apoyo sustitutivo alternativo de las personas cuidadoras principales, para que ninguna persona cuidadora rechazase asistir al programa por no tener manera de organizar el cuidado de su familiar /allegado en situación de dependencia durante el fin de semana que asistía al programa. Generalmente fueron estos servicios poco utilizados porque mayoritariamente se organizaron para asistir el fin de semana delegando el cuidado en la propia red de apoyo familiar o entorno más próximo y cercano. Solo en algunos casos se establecieron por el programa recursos externos, como SAD, residencia, centro de día, etc.

DELEGAR EL CUIDADO FAVORECE LAS RELACIONES PERSONALES AFECTIVAS

Generar espacios y tiempos adecuados favoreciendo el cuidado responsable de sus seres queridos ha permitido mejorar las relaciones interpersonales, favorecer la comunicación, potenciar lazos de afectividad desde la relajación y el encuentro sin presiones. En definitiva, ha permitido que las intervenciones hayan sido más intensas y beneficiosas para el conjunto, permitiendo desde la constatación de la praxis y sus efectos la necesidad de incorporar estilos de vida saludables y reconvertir los modelos y

hábitos de vida.

Comentar, en este apartado, que a lo largo del proyecto se han producido frecuentes situaciones de negación por parte de la persona cuidadora principal de asistir al programa, pese al favorecimiento y garantías del cuidado de la persona dependiente. Entendemos ahora desde la experiencia que en algunos casos había dificultad en aceptar el alejamiento de la persona a quien cuidaban, y en otros existían dificultades en delegar el cuidado por posibles desconfianzas de las garantías de los resultados de este si la ejecución no era realizada personalmente.

A lo largo del programa, se han dado muchas primeras veces de alejamiento de la persona cuidadora principal después de en algunos casos de más de diez años continuados de cuidado. Asistir al programa para estas personas había sido un gran logro técnico, pero nos dejaba una tarea importante, el manejo añadido del coste emocional de estos cuidadores/as, de sus sentimientos contradictorios, de sus sentimientos de culpa y de abandono. Aspecto que en el primer día de intervención debía de ser neutralizado para que no hubiese efecto de contagio emocional al resto del grupo. En esa primera toma de contacto no era infrecuente las lágrimas y los desbordamientos emocionales.

INTERVENCIÓN CON GRUPOS GRANDES: CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Los grupos de intervención psicoeducativa tenían que ser grandes, con el objetivo no solo de rentabilizar recursos sino de cumplir con las expectativas del diseño en su conjunto, y de favorecer redes de apoyo natural por lo que configuramos intervenciones de cuidadores entre 22 y 30 personas.

Era necesario realizar un diseño de intervención grupal también innovador con la presencia de dos profesionales que llevaban en el grupo conjuntamente utilizando técnicas de dramatización, simbologías, role playing, relajación e incorporando el humor transversalmente como herramienta de rebajar tensiones y mantener a la atención.

Se realizó una primera toma de contacto dirigido a aquellas personas cuidadoras principales con más de tres años en el cuidado de dependencia y/o con alta carga en el cuidado Dentro de su entorno afectivo y familiar, sabíamos desde la experiencia profesional, la existencia real de un desgaste, no solo individual sino del conjunto relacional en algunas familias y en otras un sumatorio de coste emocional en dichas

relaciones; este motivo fue decisivo para diseñar una intervención en la que la acción fuera dirigida, no solo hacia la persona cuidadora principal, sino también hacia la elegida persona cuidadora de apoyo.

Destacar que la captación por ello fue difícil y que, para la configuración de los grupos, de intervención se requiere de un trabajo profesionalizado, con un esfuerzo añadido que va más allá de la localización de las personas cuidadoras que cumplan el perfil, ya que en muchas ocasiones hay que salvar los obstáculos que el modelo clásico de cuidado ha incorporado en todos los elementos del sistema de cuidado.

Reseñar que el porcentaje más alto de personas de apoyo que han intervenido en el programa a lo largo de siete años y en diferentes ámbitos territoriales autonómicos, han sido las parejas sentimentales y mayoritariamente hombres.

CUIDADO Y PERSPECTIVA DE GÉNERO: EL IMPACTO EN LAS RELACIONES AFECTIVAS

Este elemento permitió que se pudiera abordar los aspectos de sociabilización de género intervinientes en el cuidado en dependencia de larga duración, en la persona a la que se dirigen los mismos, en la persona que los ejecuta de manera principal, en las personas cuidadoras de apoyo y, en definitiva, en el conjunto no solo familiar nuclear, sino en el socio-comunitario, facilitando herramientas para manejar un nuevo modelo más equilibrado y corresponsable de vida.

Al intervenir con personas cuidadoras de apoyo que sean parejas sentimentales de convivencia se podía visibilizar en las sesiones que el mantenimiento de un reparto desigual de los roles de género en el cuidado tradicional de larga duración, estaba llevando en muchos casos a un desgaste en las relaciones afectivas de pareja y convivenciales en todo el núcleo familiar. Esto nos permitía detectar las barreras que dificultan la organización del cuidado compartido y de las relaciones afectivas, y de esta forma favorecer la intervención para demostrar la necesidad de incorporar la corresponsabilidad del cuidado.

La oportunidad de generar espacios de relaciones positivas y de comunicación fuera del entorno del cuidado en dependencia, conlleva a una mejora relacional y afectiva además de favorecer procesos de intimidad de la pareja sentimental

Todo ello ayuda de una manera extensa a que los participantes en el programa realicen valoraciones importantes sobre la asignación de los roles sociales y familiares en el reparto del cuidado en dependencia para incorporar la necesidad de la participación de ambos géneros intervinientes en el cuidado de la vida.

El abordar los aspectos de género desde un modelo equilibrado y de reparto responsable conlleva un beneficio para el conjunto de la unidad familiar. Cuando logramos que se identifiquen con ello, se eliminan las guerras de roles de género, se mejora la comunicación, se favorecen las relaciones afectivas y del cuidado mutuo que son la base de la estabilidad y bienestar. Todo ello ha permitido mejorar los niveles convivenciales de pareja y de todo el núcleo familiar.

La intervención desde la perspectiva de género tenía que dirigirse a un objetivo de sensibilidad en la comprensión de la asignación de roles asignados históricamente y por tanto a la construcción social derivada de los mismos. Favorecer el conocimiento de los aspectos básicos que han adjudicado históricamente el cuidado de la dependencia a una parte de la población en función al género, es entender la consecuencia de la "feminización del cuidado", visibilizando las consecuencias negativas y de ostracismo social, así como de consecuencias en la salud de las personas que cuidan.

Intentar mejorar la comprensión de los aspectos de sociabilización implicados en las casuísticas más frecuentes que se dan en los conflictos del cuidado como consecuencia de un reparto carente de manejos corresponsables y ausentes de conciliación es imprescindible para entender el coste emocional y la necesidad de proteger y favorecer elementos de desarrollo de autoestima y la eliminación de otros, como la culpa.

CUIDADO Y PERSPECTIVA DE GÉNERO: RELACIONES INTERGENERACIONALES

Comentar que de una manera inclusiva este abordaje de perspectiva de género ha permitido colateralmente favorecer la comprensión de los conflictos intergeneracionales que se producen entre las diferentes generaciones que intervienen en el cuidado, desde los procesos individuales y de socialización así como de la adjudicación de los roles en función al género.

OBSERVACIONES: LAS PERSONAS MAYORES COMO CUIDADORAS

Otro perfil destacable y frecuente era el correspondiente a los cuidadores/as principales mayores o muy mayores que asistían acompañados de sus descendientes como "cuidadores/as de apoyo". En estos casos había sido fundamental la labor desarrollada por los hijos/as, nietos/as para lograr que asistiesen al programa. Desde el compromiso en el cuidado les preocupaba casi más el cuidado y el estilo de vida de "la persona cuidadora principal" que el del familiar en situación de dependencia. Fueron estos cuidadores de apoyo, nuestros grandes aliados y nos demandaban ayuda para poner límites al cuidado que desarrollaba la persona cuidadora principal.

Realizar una nota significativa al respecto en algunas situaciones en estos perfiles, observamos que la persona que ostentaba el rol de persona cuidadora principal cuando era un hombre mayor. En este caso era más una función simbólica, un rol que la familia quería mantener que una realidad. De manera que quien ejecutaba las tareas de cuidado era la persona que venía al programa como persona cuidadora de apoyo. En muchos casos, el hombre mayor era en realidad también objeto de cuidado del entorno familiar que no cuidaba de una persona en situación de dependencia sino de los dos. De igual forma, existían algunas mujeres mayores que se resistían a delegar el cuidado estando ellas mismas en situación de ser receptoras del mismo.

EL VALOR DEL SENTIMIENTO COLECTIVO GRUPAL ENTRE LAS PERSONAS CUIDADORAS

Como elemento añadido en la valoración de intervención, significar, desde un análisis del conjunto la importancia de realizar dichas intervenciones desde un modelo de sentimiento colectivo y grupal, intentando por un lado favorecer los sentimientos compartidos y por otro la importancia del desarrollo de redes sociales y de apoyo en su entorno cercano.

El trabajo de intervención grupal permite valorar que las consecuencias derivadas del cuidado se atribuyan a un modelo social de cuidar, a la organización del mismo y al entorno del cuidado, es decir es una atribución externa, frente al modelo de intervención individualizado personalizado y/o familiar que puede atribuirse de manera causal interna.

Las exposiciones de experiencias de cada caso, permite al grupo en su conjunto

diferenciar entre factores que favorecen un modelo de cuidado equilibrado de los factores que perjudican y/o desestabilizan, así como a las consecuencias vitales y de salud, son por tanto elementos incentivadores que motivan, reafirman, empoderan y favorecen el cambio.

Esta reflexión sobre los cambios necesarios desde los propios cambios sociales, en los modelos clásicos del cuidado y el afrontamiento a los nuevos retos de cambios de vida en el modelo del cuidado equilibrado, aumenta la percepción de vulnerabilidad y de la necesidad preventiva de apostar por realizar dichos cambios.

GESTIÓN EMOCIONAL Y PSICOLOGÍA POSITIVA: LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CUIDADO

Sin lugar a dudas, dentro de la intervención a lo largo de las sesiones, había que trabajar una parte fundamental dirigida prioritariamente a las personas cuidadoras principales, pero con suficiente contenido para dimensionarse a un modelo de cambio y mejora generalizada en el ámbito del equilibrio emocional, la experiencia de la cercanía continuada en la larga tarea de cuidar de nuestros seres queridos en situación de dependencia sumada al proceso del envejecimiento, tiene un coste de salud y un desgaste en el manejo emocional y como consecuencia un desajuste personal y del entorno referencial.

La sociedad a la que debemos avanzar tiene que incorporar una visión más positiva del cuidado, normalizando y poniendo en valor aquellos aspectos que producen satisfacción, crecimiento personal y que favorecen todos los elementos de la salud en su amplio concepto. Es necesario abordar desde el manejo emocional las actitudes, pensamientos, modelos de afrontamiento que influyen en el "cuidado equilibrado".

La intervención en el manejo de equilibrio emocional permite que se pueda abordar, por un lado, la mejora generalizada emocional, por otro, se faciliten la toma de decisiones necesarias para un ajustado cambio beneficioso.

Comprender mejor los aspectos emocionales implicados en el cuidado desde los diferentes elementos que intervienen en el mismo, personales, culturales, socioeducativos y patriarcales permiten avanzar hacia un modelo de conciliación y de corresponsabilidad en el cuidado favoreciendo un proceso de eliminación de culpas, de compartir y repartir las tareas de cuidar.

Esta intervención se ha planificado para propiciar el desarrollo de la resiliencia en las personas cuidadoras y en todo el sistema de cuidado. Avanzar hacia una visión más positiva del cuidado, potenciar los aspectos positivos y amortiguar los negativos con un afrontamiento más eficaz. Incrementar los sentimientos de autoeficacia, control y de predictibilidad. Experimentar emociones positivas. Maximizar su autoestima y el desarrollo de redes sociales y de apoyo. Todo ello en aras a mejorar la calidad de vida y de salud de las personas intervinientes.

10 ELEMENTOS BÁSICOS DE LA PLANIFICACIÓN ORGANIZATIVA

¿QUE IMPLEMENTAR?

El “Modelo del cuidado equilibrado” el cual integra tres componentes fundamentales abordados desde la perspectiva de género:

- Cuidado responsable de la persona mayor dependiente
- Autocuidado de la persona proveedora de cuidados
- Conciliación vida personal, laboral, familiar y social a través del fomento de la co-responsabilidad.

¿POR QUÉ ES NECESARIO REALIZARLO?

Existen evidencias sobre el alto coste en salud y bienestar de las personas cuidadoras principales / allegados que asumen el cuidado de sus seres queridos en situación de dependencia durante largos periodos de sus vidas.

¿PARA QUÉ, CON QUÉ OBJETIVOS?

Para mejorar la calidad y el bienestar en su conjunto de todos los agentes del sistema de cuidado en dependencia con la implementación del modelo “Cuidado Equilibrado” incorporando la perspectiva de género.

¿A QUIÉN DIRIGIRLO/ PERFILES DE USUARIOS/AS?

A personas cuidadoras principales de mayores en situación de dependencia con larga duración en el cuidado. Así como a las personas cuidadoras de apoyo implicada en el

cuidado. Solo podrá elegirse por cada persona cuidadora principal a una persona cuidadora de apoyo. No es excluyente que la persona cuidadora principal acuda sola.

¿CÓMO HACERLO VIABLE?

Tomando contacto con los equipos de base de trabajo social, movimientos asociativos del sector y otros canales que permitan el contacto y acceso al perfil a que se dirige el programa.

¿CON QUE MEDIOS?

Con el aval de la organización "Unión Democrática de Pensionistas" y todos sus recursos a través de financiación pública con subvención del 0,7 IRPF.

¿CON QUE PROFESIONALES?

- **Gestión de programas:** Profesionales UDP.
- **Coordinación General:** Profesional encargado de hacer viable los medios técnicos y personales necesarios para la consecución de los objetivos en los diferentes territorios en donde se implementa.
- **Equipos de Zona:** Constan de dos profesionales, uno de psicología y otro de trabajo social, encargados de garantizar la selección de los perfiles objeto del programa, así como obtener información previa de cada caso particular que permita una optimización de la intervención, así como de pasarlas baterías necesarias para memoria y en su caso la investigación asociada. Estos equipos garantizan el apoyo a los equipos de intervención y, al estar en zona, pueden mantener un servicio de información y seguimiento de las personas beneficiarias del programa.
- **Equipos de Intervención psicosocioeducativa:** Equipos altamente cualificados con formación en género, dependencia, mayores, gerontología e intervención grupal comprometidos en la necesidad de implementar el "Modelo de cuidado equilibrado". Cada equipo cuenta con dos profesionales para realizar la intervención grupal, siendo necesario un profesional de psicología y otro de trabajo social o de ámbito de intervención social comunitaria.
- **Investigación:** Convenio con investigadores Profesionales de universidad sensibilizados y expertos en gerontología, dependencia y personas cuidadoras. (Convenio Universidad CEU San Pablo)

¿QUE ESPACIO TEMPORAL?

Periodo de Información y presentación programa a los recursos de zona.

Captación, recogida de información y organización de grupos garantizando perfiles

Intervención intensiva psico-social-educativa en fin de semana con grupo máximo de 30 personas cuidadoras

¿DONDE EJECUTARLO?

Alejados del entorno del cuidado, en espacios que permitan la desconexión y el relax. Se elijen hoteles con balnearios/spas. Se contemplan estancias con alojamiento y pensión completa y tratamiento termal/spa desde la entrada el viernes y la salida hasta el domingo y/o lunes. El hotel facilitará una sala y medios materiales para realizar la intervención grupal con cuidadores desde el viernes hasta el domingo. Asimismo, el hotel facilitará que las comidas y cenas, así como los tratamientos termales se realicen en grupo.

¿QUE OTROS ASPECTOS FUNDAMENTALES SE DEBEN CONSIDERAR?

Poner servicios alternativos de apoyo y cuidados para las personas dependientes garantizando que ninguna persona cuidadora principal no pueda asistir al programa de fin de semana por la imposibilidad de garantizar los cuidados necesarios a su familiar /allegado que cuida. (Plazas de residencia en fin de semana y/o Centros de día y/o respiro, SAD, etc...).

11. PLANIFICACIÓN Y FASES DE INTERVENCIÓN EN EL PROGRAMA

PRIMERA FASE CUIDARELAX: CONTACTO Y SELECCIÓN DE PERSONAS CUIDADORAS BENEFICIARIAS configuración de grupos -RECOGIDA INFORMACIÓN PREVIA

Estas funciones corresponden a los equipos de zona asentados en el territorio o comunidad en la que se desarrolla luego el programa. Desarrollada por profesional de intervención social en la fase de coordinación y captación y configuración. Así mismo confeccionara una lista de espera para cubrir bajas de última hora. Se valora

igualmente las necesidades de recursos alternativos de cada posible beneficiario/a con el objetivo de coordinar y organizar, en los casos necesarios la contratación de servicios alternativos al cuidado en el tiempo de permanencia de los usuarios/as del programa en las jornadas de sociobalnearioterapia.

Paralelamente el profesional de psicología procede a realizar la recogida de información previa a la intervención con los instrumentos en ese momento seleccionados por los equipos de intervención con objeto de garantizar los perfiles, optimizar la intervención y favorecer toda información fundamental para valorar el programa, así como la investigación asociada al mismo.

Los instrumentos diseñados para la recogida de la información tendrán que recoger datos sobre:

- a) La persona cuidadora principal.
- b) La persona mayor cuidada y su cuidado
- c) La persona cuidadora de apoyo.
- d) La situación sociofamiliar y del entorno.

Cumplimentación de cuestionarios de contenido informativo y evaluativo:

Con esta recogida previa se realiza expediente de cada una de las personas que servirá para valorar necesidades prioritarias de intervención, valoración de participantes del programa y en su caso seguimiento o segundos niveles de intervención.

Los equipos de zona asumen la función de coordinación con los hoteles-balnearios/spas para organizar estancias, salas de trabajo y todo el operativo necesario para el desarrollo de las jornadas de balnearioterapia. Tendrán así mismo que pasar información resumida protocolizada del grupo a los equipos de intervención psicosocioeducativa.

Al finalizar las jornadas de intervención psicosocioeducativas se encargan de aplicar instrumentos de valoración de la eficacia, valoración del programa y post en caso de investigación.

SEGUNDA FASE. JORNADAS DE SOCIOBALNEOTERAPIA

La asistencia al balneario los talleres/terapias con sesiones de intervención y formación, así como sesiones de relajación, circuitos termales y tiempo libre.

Se contempla de esta forma que las actividades de sociobalnearioterapia se realicen desde

modelos convivenciales y de relajación con el aspecto fundamental de incorporar el elemento del cuidado equilibrado desde la perspectiva grupal.

El objetivo fundamental de esta fase intervenir en todos aquellos niveles que son necesarios para transformar el modelo clásico al modelo de cuidado equilibrado. Se favorece intervenir en todos aquellos aspectos relacionados con ansiedad depresión, satisfacción en el cuidado, carga, hábitos saludables... y todo ello paralelamente desde esa mirada de la psicología positiva, la perspectiva de género y la conciliación, favoreciendo desde la praxis los beneficios de los grupos de apoyo y el fomento de redes sociales.

En el balneario y durante toda la estancia permanecerá un profesional de los equipos de zona para el apoyo a los equipos de intervención y al grupo de ese fin de semana.

TERCERA FASE: SEGUIMIENTO DE CASOS/MEDIACIÓN EN CONFLICTOS FAMILIARES/ INTERVENCIÓN CON PERSONAS CUIDADORAS FUERA DE LA ESTANCIA DEL BALNEARIO.

Para este objetivo, se mantiene un teléfono de contacto que atenderá las demandas que le lleguen mientras el programa esté activo. Este profesional podrá citar y valorar la intervención en su caso más adecuada. Durante este periodo se podrá realizar seguimientos programados de las personas beneficiarias del programa.

CUARTA FASE: APOYO A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA Y CREACIÓN DE REDES

En el caso de que tenga constancia de haberse generado grupos de apoyo /redes derivados del programa, los profesionales de zona favorecerán actividades, contactos y apoyo profesional.

12. 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 de Sociobalneoterapia:

	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes
Mañanas		Sesión 2: "Aprender a sentirnos mejor I" 1.5h	Sesión 4: "Apuesta por la Conciliación" 1.5h	Circuito termal
		Descanso 15'		Tiempo libre y ocio
		Sesión 3: "Aprender a sentirnos mejor II" 1.5h	Sesión 5: "Pasemos a la acción" 1.5h	
		Comida		
Tardes	Llegada y recepción de participantes	Tiempo de descanso	Tiempo de descanso	Tiempo libre y ocio
	Sesión 1: "Date un respiro y disfruta" 1.5h	Circuito termal	Circuito termal	Despedida de los participantes
	Tiempo libre y ocio	Tiempo libre y ocio <i>(posibilidad de visitas guiadas por cuenta de los participantes)</i>	Tiempo libre y ocio	
			Despedida de los participantes	
Cena				

RECEPCIÓN DE PARTICIPANTES: Realizada por los Equipos de zona

Acogimiento cálido y operativo. Recordar horarios estructura y normas del programa. Revisión y cumplimentación en su caso de los cuestionarios-escalas. Confirmar asistencia usuarios/as y perfil, solicitar autorización en cumplimiento de la ley de protección de datos y de uso de imagen personal.

JORNADAS PSICOSOCIOEDUCATIVAS: Realizadas por Equipos de intervención sociopsicoeducativa

Sesión 1: “Date un respiro y disfruta”

Es fundamental en esta sesión inicial favorecer un buen clima grupal y generar confianza en el programa y en la intervención.

- Presentación de Equipos de Intervención.
- Introducción a la necesidad del cambio: El modelo clásico y el cuidado de larga duración.
- Presentación Programa de Intervención: “Modelo de cuidado equilibrado”.
- Presentación de las personas participantes en el grupo como cuidadores principales y de apoyo. Exposición breve de su situación, tiempo de cuidado y persona a la que cuidan.
- Empoderamiento en derechos de las personas cuidadoras.

Sesión 2: “Aprender a sentirnos mejor1”

- Ejercicios de risoterapia vinculados al cuidado.
- La elección del cuidar, consecuencias emocionales en todo el sistema del cuidado.
- Gestión emocional, principales sentimientos implicados en el cuidar.
- Estrés y cuidado: estrategias y manejo.
- Importancia del tiempo, el ocio y la desconexión: relación con el cuidado. Experiencia práctica y beneficios en el “Cuidarelatex”.

Sesión 3: “Aprender a sentirnos mejor2”

- Pensamiento – Emoción – Conducta.
- Habilidades de autocontrol emocional.
- Manejo emocional en situaciones de emergencia: Primeros auxilios emocionales.
- Relajación y disfrute: la mejor herramienta.

Sesión 4: “Apuesta por la conciliación”

- Ejercicio de risoterapia vinculado al cuidado.
- La perspectiva de género en el cuidado: El modelo patriarcal y la asignación de roles: ejemplos prácticos.
- Socioeducación en conceptos de género – igualdad. El modelo de la equidad.
- Ejercicio grupal práctico sobre perspectiva de género.

Sesión 5: "Pasemos a la acción"

- Puesta en común del ejercicio grupal práctico sobre perspectiva de género.
- Análisis y debate sobre la aplicación del "Modelo de Cuidado Equilibrado".
- Conciliación y corresponsabilidad: Valores de compartir en reparto equitativo.
- Herramientas de la conciliación y la corresponsabilidad: El lenguaje, la comunicación, manejo de espacios y tiempos.
- Ejercicio de autorreflexión "¿Qué puedo yo mejorar y a qué nos podemos comprometer?" entre personas cuidadoras principales y de apoyo.
- Puesta en común y compromiso de cambio.
- Despedida y cierre de las sesiones sociopsicoeducativas.

VALORACIÓN DE LAS JORNADAS: Equipos de zona.

Cumplimentación de baterías, escalas y cuestionarios: de satisfacción y de los seleccionados en su caso para investigación.

13. ASPECTOS TRANSVERSALES ACONTEMPLAR EN LA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOSOCIOEDUCATIVA

TRANSMISIÓN DE PROFESIONALIDAD, CONFIANZA Y FIABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN y del PROYECTO

Hay que ganarse en la primera sesión la percepción individual y grupal de competencia profesional teórica y práctica.

INTERVENCIÓN CON GRUPOS GRANDES DE PERSONAS CUIDADORAS

Entre 22-30 beneficiarios/as ya que favorece el sentimiento de identificación de situaciones de cuidado, disminuyendo la percepción de soledad y el desarrollo de apoyo grupal.

INTERVENCIÓN INTENSIVA POR DOS PROFESIONALES

Dos profesionales permiten dinamizar las sesiones, facilitan el control del grupo grande, aseguran el mantenimiento de la atención y asimilación de contenidos, maximizan la eficacia intervención.

UTILIZACIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR, LA RISOTERAPIA Y LA RELAJACIÓN PARA CONTROL EMOCIONAL EN LAS SESIONES

Favorecer un buen clima grupal ayuda a controlar situaciones de alta carga emocional y permite una mejor intervención.

METÁFORAS Y LOS EJEMPLOS TEATRALIZADOS COMO HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN

Con el objetivo que se identifiquen, visualicen la teoría explicada y faciliten su asimilación, comprensión y recuerdo (recurso nemotécnico).

DESDRAMATIZAR EL CUIDADO AVANZANDO HACIA UNA VISIÓN MÁS OPTIMISTA Y SATISFACTORIA DEL CUIDADO

Reconocer las situaciones difíciles, pero también las satisfacciones y el valor del cuidado.

VISIBILIZAR EL IMPACTO Y LAS CONSECUENCIAS DE TODOS LOS AGENTES QUE INTERVIENEN EN EL SISTEMA DEL CUIDADO

El cuidado no es solo de una persona sino de todo un sistema de cuidado

VISIBILIZAR, BARRERAS Y DESEQUILIBRIOS EN LAS ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO

Especialmente aquellas que por conocimiento previo del grupo pueden ser objeto de

cambio en concreto.

VISIBILIZAR EL IMPACTO DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL CUIDADO

Tanto en el comportamiento de las personas mayores en situación de dependencia como de todos los agentes que intervienen en el cuidado. Y en la sociedad.

VISIBILIZAR QUE CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL CUIDADO EQUILIBRADO "TODOS GANAN"

Fundamental resaltar durante toda la intervención los beneficios en todo el conjunto del sistema de cuidado.

FAVORECER UN COMPROMISO DE MEJORA

Facilitar la toma de conciencia, generar autoreflexiones y dotar de herramientas para avanzar y favorecer un cambio de actitudes que redunden no solo en las condiciones de salud sino en las mejoras generalizadas, la solidaridad y la eliminación de las barreras de género. No hay baritas mágicas pero siempre se puede mejorar.

FOMENTO DE REDES DE APOYO

Fomentar el apoyo y la cohesión grupal: reforzar el establecimiento de redes de apoyo cercano y natural entre los miembros del grupo.

PONER EN VALOR LOS BENEFICIOS DE APLICAR MODELO EQUILIBRADO

Analizar factores que perjudican y perpetúan los modelos clásicos del cuidado visibilizando y favoreciendo los beneficios de generar una mejora al implantar el modelo de cuidado equilibrado.

MANEJO DE LA GESTION EMOCIONAL EN EL CUIDADO

Desarrollo de habilidades de gestión emocional: en el cuidado y en la vida en general

RESALTAR EL USO DEL LENGUAJE Y SUS CONSECUENCIAS

Matizar y revisar la importancia del lenguaje, del pensamiento, de lo cotidiano automatizado y las rutinas.

MANEJO DE LAS CONSECUENCIAS DEL GÉNERO EN EL CUIDADO

El mantenimiento del modelo patriarcal perjudica a hombres y mujeres: visibilizar el impacto en el cuidado Explicar cómo afecta la sociabilización del género en la autoestima y sus relaciones con el cuidado.

FORMACIÓN EN VALORES

La importancia de transmitir valores desde la conciliación y la corresponsabilidad a otras generaciones.

CONCILIAR NO ES NEGOCIAR

Conciliar trabaja con valores de igualdad, negociar trabaja con elementos de fuerza y de poder.

VIVIR INTEGRANDO EL CUIDADO

La importancia de tener vida más allá del cuidado: vida laboral, personal, de pareja, con los hijos/as, amigos/as, laboral.

LOS DEMÁS TAMBIÉN SON IMPORTANTES

Es fundamental e imprescindible dedicar tiempo para fomentar relaciones afectivas y de pareja al margen de cuidar.

NO BASTA CON DECIR “CUIDATE” HAY QUE FAVORECERLO

La importancia del autocuidado de la persona cuidadora familiar, y de que el entorno lo facilite.

A VECES LO RESPONSABLE ES UTILIZAR APOYOS

Reforzar la utilización de servicios externos en el cuidado como elementos de apoyo y mejora en el cuidado responsable.

LA IGUALDAD NO EQUIVALE AL 50%

El reparto del tiempo y tareas al 50% no es siempre sinónimo de equilibrio, de igualdad ni de justicia.

14. VALORACIÓN DEL PROGRAMA: LOS BENEFICIOS QUE DESDE LA INVESTIGACIÓN SE HAN DEMOSTRADO

Este equilibrio conlleva mejoras en la salud integral de la persona cuidadora principal y por ende de su entorno. Los datos que disponemos de la investigación asociada nos demuestran la eficacia del programa en aspectos salud de las personas cuidadoras como son la reducción de sus niveles de ansiedad, de percepción de carga del cuidado y aumento de la satisfacción en el cuidado que se mantienen.

El estudio que se llevó a cabo conveniado con la Universidad CEU San Pablo en el que se analizó la eficacia del programa incluyó 505 cuidadores informales que participaron en el programa Cuidarelay, de los cuales 251 pertenecían a la Comunidad Valenciana (49,7%), 195 pertenecían a Aragón (38,6%) y 59 (11,7%) pertenecían a la Comunidad

Autónoma de la Rioja.

De los 505 participantes, 290 eran cuidadores principales, siendo el 87,5% mujeres, la media de edad de 57,4 años y el tiempo medio total dedicado al cuidado de 6 años y medio. En relación a los cuidadores de apoyo, fueron 215 los que se evaluaron, siendo el 69,8 % hombres y de una media de edad de 54 años.

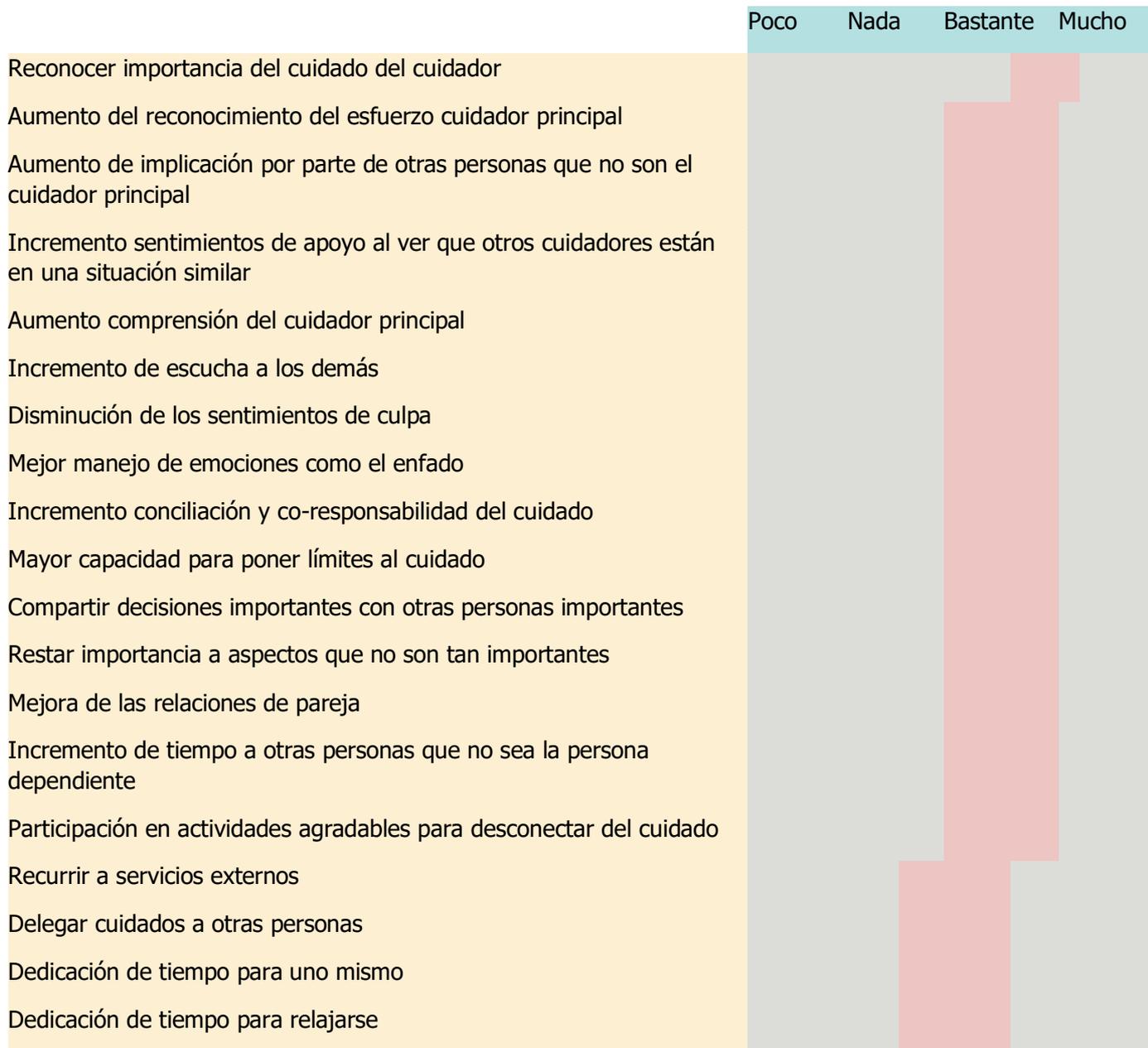
Los resultados obtenidos se pueden resumir en la siguiente tabla. En ella se comparan los resultados del programa de intervención cuidarelaX con un grupo control que solo acudió a los balnearios:

	CuidarelaX		Solo balneario	
	Cuidador Principal	Cuidador Apoyo	Cuidador Principal	Cuidador Apoyo
Sobrecarga				
Ansiedad				
Satisfacción con el cuidado				
Depresión				
Adaptación vida laboral, personal, familiar y social				

(Nota: el color verde es indicador de una eficacia media-alta, el amarillo eficacia moderada-baja y el rojo indica ausencia de mejoras)

Como se puede comprobar, el programa mostró mejoras en todas las variables analizadas y mostró su superioridad con el grupo que solo mostró balneario en prácticamente todas las variables.

Además, se realizó un segundo estudio en el que se evaluó a 100 sujetos un año después de acudir al programa donde se les preguntó por los logros tras el programa. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:



(Nota: el color rosa es indicador de las puntuaciones medias dadas por los sujetos)

Como se puede ver en la tabla, en cuanto a las mejoras en aspectos concretos, se observan puntuaciones elevadas en todos los ítems, todos ellos con medias próximas a bastante mejoría. En concreto, los cinco aspectos en los que los participantes afirman haber mostrado más mejoría son: reconocimiento de la importancia del cuidado del cuidador, reconocimiento del esfuerzo del cuidador principal, implicación de otras personas en el cuidado más allá del cuidador principal, sentimientos de apoyo al ver a otros cuidadores que se encuentran en una situación similar y comprensión del cuidador principal. En contraste, los aspectos que han mostrado una menor mejoría son

aquellos relacionados con el hecho de buscar espacios o tiempo libre para uno mismo más allá del cuidado y el delegar los en otras personas o servicios externos.

Por último, se preguntó por el nivel de satisfacción con el programa, donde se obtuvo que más del 70% de los participantes señalan que han mejorado bastante e, incluso mucho, tras participar en el programa Cuidarelay a nivel personal y en cuanto a mejora de su entorno, en sus relaciones tanto con la persona dependiente a la que cuidan como con el otro cuidador que participó en el programa. Además, el grado de cumplimiento con los compromisos de cambio establecidos en el programa es bastante alto, teniendo en cuenta que el 84% mantiene haberlo cumplido bastante o mucho.

15. REFERENCIAS

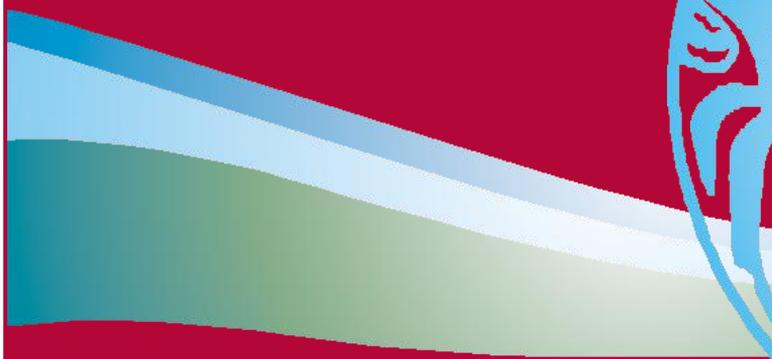
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO.
- Durán de las Heras, M.A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao. Fundación BBVA.
- García-Calvente, M.M., Del Río Lozano, M., & Eguiguren A.P. (2007). *Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud*. *INGURUAK*, 44, 291-308.
- La Parra, D. (2001). Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*, 15, 498-505.
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M., & Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.
- Márquez-González, M. Losada, A., Puente, C.P., & Romero-Montero, R. (2009). El optimismo como factor moderador de la relación entre el estrés y la depresión de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 251-255.
- Ortiz, M.D. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención psicosocial*, 16(1), 93-105.
- Rodríguez, P., Mateo, A. y Sancho, M. (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles*. Madrid: IMSERSO.

13. ANEXO. MANUAL CUIDARELAX

En las siguientes páginas podrá ver el manual completo con los documentos prácticos de los talleres del Cuidarelux

Manual

Cuidarelax





Registro Nacional de Asociaciones, nº 213
Registro de Centros Docentes "Mayores Activos", nº 217
Registro de Entidades I+D MITYC, nº 7072010
Entidad Declarada de "Utilidad Pública"
Asociada con el DPI de la ONU
Premio Honorífico INSERSO 1989
Cruz de Oro de la Orden Civil de la Solidaridad Social 2011
Certificado Gestión de Calidad ISO 9001- Voluntariado Social

Sede Central:

Departamento de Dirección y Administración

C/ Alcalá, 178 bajo 28028 Madrid
Teléfono 91 542 02 67 Fax 91 542 77
35

Departamento de Formación

C/ Santa Cruz de Marcenado, 9 1ºD 28015 Madrid
Teléfono 91 542 30 07 Fax 91 542 33 98

Web: www.mayoresudp.org
E-mail: udp@mayoresudp.org

Dirección y coordinación: UDP
Autores: M^a Dolores Ortiz Muñoz, Teresa Martínez Aparicio
Depósito legal: M-xxxxxx
Diseño y maquetación: La Sombra Creativa S.L.U.
Imprime: LEDIMAG

Manual Cuidarela

Documentos prácticos de las sesiones/talleres

METODOLOGÍA.

- Intervención desde la Perspectiva de Género.
- Entrenamiento en técnicas y habilidades de inteligencia emocional del cuidado cotidiano y en momentos de urgencia-emergencia.
- Incorporación técnicas de pensamiento positivo y risoterapia.

FINALIDAD.

Compromiso de mejora en el cuidado equilibrado:

- Desde un cuidado responsable.
- Desde el cuidado de la persona cuidadora.
- Desde la conciliación en el cuidado.

DIRIGIDO A:

Cuidadores y cuidadoras principales y de apoyo de personas dependientes con necesidad de cuidados de larga duración en el ámbito de pareja y/o familiar.

Manual Cuidarela

DATE CALIDAD DE VIDA Y MEJORA PERSONALMENTE

Índice:

- Date un respiro y disfruta.
- ¿Por qué cuidamos? Consecuencias de cuidar a un familiar.
- El cuidado equilibrado.
- Derechos de las personas cuidadoras.
- Date permiso para disfrutar.

Date un respiro y disfruta

Vuestra asistencia a las jornadas de sociobalnearioterapia ya es un buen indicador de que sois conscientes de que para cuidar mejor debéis cuidaros personal y familiarmente. No es fácil a veces ejecutar otras actividades que no sean las estrictamente vinculadas al cuidado del familiar mayor. En esta ocasión habéis logrado delegar el cuidado de vuestro familiar en situación de dependencia en otras personas o bien en una institución priorizando en esta ocasión vuestro autocuidado personal y familiar. Como ya veremos este es un paso fundamental en el cuidado equilibrado de una persona en situación de dependencia.

Enhorabuena pues por haberos dado una oportunidad para relajarnos y conceder un capricho de bienestar y de salud.

El programa psicoeducativo de sociobalneoterapia consistirá en el desarrollo de 5 bloques formativos de una hora cada uno, donde abordaremos contenidos que favorezcan una reflexión que conduzca a un compromiso de mejora en la forma en que actualmente ejecutamos a nivel familiar el cuidado del mayor en situación de dependencia y, todo esto, lo compaginaremos con tratamientos termales y tiempo libre para disfrute del ocio personal.

En estas jornadas, abordaremos contenidos sobre habilidades que favorecen la identificación, el aprendizaje y la potenciación de recursos psicológicos específicos para la mejora en la gestión emocional, incorporaremos el uso de



técnicas de risoterapia y desarrollo del buen sentido del humor, potenciando y reforzando el desarrollo de actividades gratificantes y de ocio, así como aspectos que favorecen la conciliación y la corresponsabilidad en el cuidado favoreciendo también la construcción de lazos interpersonales positivos para producir mejoras en el apoyo social familiar (corresponsabilidad en el cuidado) y entre personas cuidadoras beneficiarias del programa (red de apoyo entre personas cuidadoras familiares).

Estas jornadas se desarrollan dentro de un entorno termal ofreciendo un marco privilegiado para la promoción del bienestar y de la salud en cuidadores familiares ya que favorece:

- **El Descanso:** los balnearios y sus ubicaciones se han convertido en auténticos templos de paz y tranquilidad donde se busca el descanso de cuerpo y alma, conseguir relajación, romper con la rutina favoreciendo la desconexión por unos días de la dinámica cotidiana.
- **El Ocio:** los balnearios suponen la realización de una actividad de ocio gratificante, y abre la posibilidad de realizar otra serie de actividades en el entorno termal.
- **El Cuidado de la salud física/mental:** podemos disfrutar de los beneficios y propiedades del agua mineromedicinal para tratar estrés, ansiedad, depresión y agotamiento psíquico en general, así como el de otras dolencias a nivel físico, que frecuentemente padecen los/as cuidadores/as que asumen la responsabilidad de cuidar de una persona mayor en situación de dependencia.

- **Oportunidades de contacto entre cuidadores/as familiares:** el contacto y la relación con personas que viven situaciones parecidas es beneficiosa no solo para paliar sentimientos de soledad, normalizar y desdramatizar la situación de cuidado sino como proveedora y facilitadora en si misma de recursos personales y sociales al favorecer la generación de redes de apoyo naturales entre cuidadores/as.
- **Oportunidades de mejora de las relaciones familiares:** al extender la intervención a las parejas e hijos/as de los/as cuidadores/as principales de personas mayores en un clima relajado, placentero y distendido.
- **La realización de otras actividades de tipo turísticas:** las ubicaciones de los balnearios en espacios privilegiados y con mucha frecuencia integrados en parajes naturales increíbles ofrece una oferta diferente de turismo y de realización de actividades dentro de su entorno más próximo.

¿Por qué cuidamos?

Consecuencias de cuidar a un familiar

Razones mas frecuentes para asumir el cuidado de un familiar mayor

- *Porque es nuestra obligación, es un deber moral que no debe ser eludido.*
- Por motivación altruista, *queremos el bienestar de nuestro familiar.*
- Por *reciprocidad*, antes nos cuidaron ellos.
- Por *gratitud* hacia la persona que cuidamos.
- Por *sentimientos de culpa* del pasado.
- Para *evitar la censura de familia*, amigos, conocidos en caso de que no se cuidara del familiar.

Todas las razones son válidas pero el mayor peso de una u otra va a influir en la cantidad, calidad y tipo de ayuda que vamos a proporcionar a nuestro familiar. Debemos pensar en ello y aclarar nuestros conceptos si éstos van a influir en el cuidado.



Consecuencias de asumir el cuidado

Cuidar de un familiar mayor dependiente suele ser una labor duradera lo que nos llevará a tener que organizar toda la vida familiar, laboral y social en función de las tareas que debemos llevar a cabo. Normalmente las personas que cuidan vivencian una serie de consecuencias:

Conflictos familiares:

Desacuerdos entre la persona que cuida y el resto de los familiares bien por su comportamiento, por su actitud o por la forma de proveer los cuidados. Con frecuencia el cuidador principal percibe que el resto de la familia no aprecia su esfuerzo. Existe una mayor irritabilidad si internamente tenemos conflictos como aceptar el deterioro de nuestro familiar, frustraciones de planes inmediatos, etc.

Reacciones emocionales:

La persona cuidadora principal, se enfrenta a una nueva situación que conlleva gratificaciones personales que nos hacen sentir bien, como la de cuidar de nuestro familiar y contribuir a su bienestar, y a sentimientos negativos bastante frecuentes como los sentimientos de impotencia, culpabilidad, soledad, preocupación o tristeza.

Consecuencias sobre la salud:

El cuidado prolongado agota y puede afectar a nuestra salud. Una persona se encuentra cansada y con la sensación de que la propia salud ha empeorado desde que empezamos a cuidar de nuestro familiar. Otras consecuencias:

- Consecuencias laborales.
- Dificultades económicas.
- Disminución de actividades de ocio.

La cantidad de trabajo que supone cuidar de un familiar y la presión psicológica que recae sobre las personas cuidadoras, hacen que estos suelen sufrir problemas de salud, psicológicos (sentimientos de malestar, de sobrecarga, depresión...) y sociales (relaciones familiares tensas, problemas laborales...).

Conocer cuáles son los cambios que el cuidado de nuestro familiar ha traído consigo nos va a ayudar a mejorar nuestras vidas poniendo en práctica algunas medidas que solucionen el lo posible esta situación.

El cuidado equilibrado

Hoy, debido a los avances en las condiciones de vida y de la medicina, son muchas personas las que en nuestro país afortunadamente llegan a ser mayores (España es uno de los países con mayor esperanza de vida). Hemos de destacar que la gran mayoría de las personas mayores viven en sus casas y la mayoría de estas personas se encuentran en condiciones de independencia suficientes para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, por lo que no necesitan ayuda de otros.

Pero *no son los años sino las enfermedades que padecen las personas mayores las que crean necesidad de atención y cuidados* o, lo que es lo mismo, hacen que las personas mayores se encuentren en situación de dependencia y necesiten de alguna ayuda para poder desenvolverse. Estas personas mayores que requieren cuidados los reciben, en su mayoría, en su entorno familiar más cercano (cuidados proporcionados por familiares, amistades, voluntariado...). Un estudio realizado con población española (INSERSO 1995), confirma que *en España la familia responde*, es la principal cuidadora en un 86,5% de los casos.

Cuidar a una persona mayor conlleva esfuerzo, dedicación, renuncias personales, pero también satisfacciones como la de ser útiles a nuestros familiares más próximos. Debemos ser conscientes de que este cuidado se va a prolongar frecuentemente durante periodos prolongados, con frecuencia durante años.

Habitualmente, ejecutamos lo que se *denomina un Modelo de cuidado clásico*, priorizando a costa de todo ofrecer el mejor cuidado a nuestro familiar mayor en situación de dependencia. Quizá esta fórmula, transmitida culturalmente en nuestra sociedad, sea la más adecuada y equilibrada cuando el periodo de cuidado es corto (días, meses); pero, actualmente, éste no suele ser el marco temporal del cuidado ya que la esperanza de vida de una persona con enfermedad incapacitante ha ido aumentando con el desarrollo de nuestra sociedad, con lo que nos enfrentamos a situaciones de cuidados de larga duración (años y años cuidando).

Ejecutar los cuidados desde el marco de los modelos clásicos nos aboca a que el cuidado prolongado deteriore la salud física y mental de la persona cuidadora principal, deteriore las relaciones familiares y de pareja. Utilizando un símil de forma didáctica, las estrategias utilizadas para llegar a la meta en una carrera de 100 metros lisos son diferentes que las que se utilizan para llegar a la meta en una carrera tipo Maratón. Actualmente, el cuidado de nuestras personas mayores en situación de dependencia es una Maratón y debemos cambiar y ajustar las estrategias.



En el cuidado equilibrado se deben tener en cuenta tres aspectos diferenciados:

- Favorecer el cuidado responsable del familiar objeto de atención.
- Favorecer el autocuidado del cuidador/a.
- Fomentar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.



Derechos de las personas cuidadoras

- El derecho a dedicar tiempo y actividades para nosotros/as mismos/as sin sentimientos de culpa, miedo o crítica.
- El derecho a experimentar sentimientos contradictorios que forman parte de hecho de ver enfermo o estar perdiendo a un ser querido.
- El derecho de resolver por nosotros/as mismos/as aquello que seamos capaces.
- El derecho de preguntar aquello que no comprendamos.
- El derecho de tomar decisiones que se ajusten razonablemente a nuestras necesidades y las de nuestros seres queridos.
- El derecho de ser tratados/as con respeto por las personas a quienes solicitamos consejo y ayuda.
- El derecho a cometer errores y ser disculpados por ello.
- El derecho a ser reconocidos como miembros fundamentales y valiosos de nuestra familia incluso cuando nuestros puntos de vista sean diferentes.

En resumen, la persona cuidadora tiene derecho:

- A su propia vida.
- A ser tratado/a con respeto.
- A tomar decisiones que les parezcan razonables.
- A que se le reconozca que hace todo lo humanamente posible.

Date permiso para disfrutar

A lo largo de los años de cuidado, las actividades de ocio gratificantes van poco a poco desapareciendo lo mismo que la red de amistades y de relación.

Sentimientos como el enfado, la tristeza, la soledad o la culpa son cada vez mas frecuentes Nuestra capacidad de afrontamiento disminuye y todo ello nos hace cada vez mas vulnerables Es cierto que el tiempo y las demandas de cuidado de nuestro familiar, a medida que avanzan el desarrollo de las enfermedades incapacitantes, son cada vez mayores y nos limitan mucho en nuestra vida cotidiana.



No obstante, son nuestros propios prejuicios, pensamientos y sentimientos los que a veces impiden una correcta realización de actividades de autocuidado personal y de utilización de estrategias y recursos de conciliación, especialmente, cuando hablamos de realizar actividades gratificantes, de disfrute personal y familiar y de ocio.

Los sentimientos de culpa, de estar fallando a nuestro familiar querido como hijos, hijas, o como esposos o esposas, las dificultades en delegar el cuidado a otros miembros familiares o a servicios profesionales o la incapacidad para desconectar por unos momentos de las responsabilidades del cuidado son limitaciones internas que debemos saber manejar para efectuar un cuidado equilibrado. Debemos dosificar nuestras fuerzas de una manera inteligente si queremos cuidar de nuestros familiares queridos todo el tiempo que sea necesario.

Vamos a aprender a manejar mejor nuestros sentimientos y a comprometernos en revisar nuestra manera de cuidar para así poco a poco introducir mejoras. Para empezar debemos darnos:

- Permiso para disfrutar.
- Permiso para reírnos.
- Permiso para relajarnos.
- Permiso para desconectar.
- Permiso para realizar actividades gratificantes.
- Permiso para cuidarnos.
- Permiso para el disfrute conjunto personal y familiar.

GESTIONAR MEJOR NUESTRA VIDA

Índice:

- Aprender a sentirse mejor.
- Controlar el enfado y la irritabilidad.
- Aliviar tristeza y depresión.
- Alejar los sentimientos de culpa.
- Habilidades de autocontrol emocional.
- Primeros auxilios emocionales.
- Técnicas de autocontrol emocional, Risoterapia.
- Breve ejercicio de relajación por respiración.

Aprender a sentirse mejor

Asumir la responsabilidad de cuidar de un familiar tiene consecuencias normales a nivel afectivo.

Las personas mayores suelen vivir de forma independiente hasta que en un momento determinado necesitan de nuestra ayuda. Es entonces cuando “decidimos asumir la responsabilidad de cuidar de nuestro familiar” y, como todo en la vida (asumir una maternidad o paternidad, asumir la responsabilidad de un trabajo, asumir la responsabilidad de pagar la hipoteca de nuestra casa...), conlleva una serie de consecuencias.

Algunas de estas consecuencias son agradables como por ejemplo la satisfacción de cuidar y atender a nuestro fami-

liar, otras en cambio son desagradables como los conflictos familiares, la disminución de las actividades de ocio o experimentar sentimientos de impotencia, culpabilidad, soledad, preocupación o tristeza.

Por tanto, asumir la responsabilidad de cuidar de un familiar tiene consecuencias normales a nivel afectivo, mientras que los sentimientos agradables como la satisfacción, la alegría, el amor o cariño contribuyen a nuestro bienestar subjetivo, sentimientos desagradables como el enfado, el desánimo, la tristeza o la culpabilidad, aun siendo normales, pueden en determinadas circunstancias alterar nuestro equilibrio emocional. En realidad no es tan importante que aparezcan o no sentimientos desagradables, ya que de hecho van a aparecer, sino *lo importante es saber controlarlos, manejarlos para facilitar nuestro equilibrio emocional y sentirnos bien.*



¿Es malo que me sienta mal?:

El hecho de vivir conlleva tener sentimientos agradables/desagradables, todos tienen su función y son adaptativos. Cuando tengo miedo evito peligros, la tristeza me ayuda a superar alguna pérdida, ¿qué sería del mundo si nadie se sintiera culpable, si no tuviéramos conciencia? El estrés puntual me ayuda a salir airoosamente de una situación difícil... Por otra parte sería muy negativo que perdiera mi trabajo, a una persona querida o me quedara paralítico/a y me sintiera alegre, feliz o simplemente no sintiera nada. En realidad lo sano es “reír cuando hay que reír y llorar cuando hay que llorar.

No es malo que en algún momento me sienta mal, lo malo es que siempre me sienta mal, siempre esté triste, nervioso/a, enfadado/a o constantemente me sienta culpable.

Destacar también que, tan importante para nuestro equilibrio emocional es lo que siento como lo que no siento. Correría un riesgo mi salud emocional e incluso física si no siento nunca emociones agradables.

¿Cómo funcionan nuestras emociones?:

Es frecuente pensar que el que me sienta mal o bien depende exclusivamente de que lo que me pasa. Si me siento bien es porque mi realidad es buena, si me siento mal inevitablemente lo que me sucede es malo. Este es uno de

los errores de pensamiento que con más frecuencia cometemos y que se conoce en Psicología como error de “razonamiento emocional”.

Lo que sentimos no está exclusivamente en función de lo que nos pasa, existen otros factores que pueden intervenir y condicionar nuestra respuesta emocional que van más allá de la realidad que nos toca vivir. ¿Por qué dos personas ante un mismo suceso pueden sentirse de manera distinta y actuar de manera diferente? La respuesta es sencilla, *lo que hace que me sienta de una manera u otra no es tanto la realidad en sí misma, sino la manera en que cada persona “interpreta” la realidad que está viviendo*. Mi interpretación de la realidad (lo que pienso que está pasando) condiciona mis sentimientos y dependiendo de cómo me encuentre a nivel afectivo mi comportamiento será uno u otro.

Pero existe también un fenómeno contrario, la emoción también condiciona el tipo de pensamientos que tengo y, por tanto, la emoción, el cómo me siento influye en cómo interpreto la realidad en la que vivo. Ya lo decían hace muchos años algunos filósofos. “En este mundo traidor nada es verdad ni es mentira, todo depende del color del cristal con que se mira. Si me siento mal es más fácil que traiga de mi memoria pensamientos más o menos grises que realizarán una interpretación negativa de la realidad y de esta manera me sentiré mal. Si estoy enamorado/a y feliz a mi memoria acudirán con más probabilidad pensamientos “de color rosa”, realizando así una interpretación “rosa” de la vida y de nuestra realidad.

En resumen, *según pienso, así siento y esto condiciona mi comportamiento.*

¿Pueden influir nuestras emociones en nuestra salud?:

Las emociones influyen en nuestra salud tanto física como mental.

Existe una conexión muy estrecha entre Mente y Cuerpo. Lo que sucede en mi “Mente” influye en mi “Cuerpo” y viceversa, lo que pasa en mi “Cuerpo” influye en mi “Mente”. Ante un determinado pensamiento, nuestro cerebro reacciona mandando mensajes químicos de un cariz u otro y son estos los que van a desencadenar la respuesta afectiva. Es por eso que los neurolépticos y las drogas son eficaces, alteran nuestra química cerebral y así consiguen modificar temporalmente nuestros sentimientos, nuestra interpretación de la realidad y nuestra conducta.

Por tanto, nuestro cuerpo responde de manera diferente cuando nos reímos que cuando lloramos. *Ninguna emoción es mala en sí misma. Todas las emociones, tanto las agradables como las desagradables, tienen su función y nos ayudan en todo lo que sucede en nuestra vida cotidiana.*

El peligro es *cuando una emoción es tremendamente intensa o se prolonga demasiado en el tiempo, estamos “forzando nuestra maquinaria”, nuestro cuerpo mantiene un alto nivel de respuesta y... es entonces cuando ya no puede más*

y comienzan a aparecer las consecuencias sobre nuestra salud: baja nuestro nivel de defensas y con ello aumenta el riesgo de contraer o precipitar cualquier enfermedad, aumenta la posibilidad de úlceras, taquicardias, subidas de tensión, enfermedades de tiroides, cuadros depresivos, trastornos del sueño, etc.

Los riesgos de no gestionar/manejar bien nuestras emociones:

Por el simple hecho de vivir pasaremos por diferentes tipos de situaciones favorables/desfavorables, fáciles/difíciles, alegres o tristes. ¿Por qué una persona que parece tener todo se siente tremendamente infeliz mientras otra persona cuya situación objetiva es muy adversa se muestra feliz? La clave está otra vez en la “interpretación de la realidad que vivimos” (lo que pensamos y nos decimos sobre lo que está pasando) y en cómo gestionamos/manejamos mejor o peor nuestros sentimientos.

Nuestra mente tiene la facultad de agrandar o disminuir el sufrimiento.

Cuando vivimos situaciones estresantes y adversas podemos conseguir que nuestra respuesta emocional se mantenga dentro de unos márgenes normales y adaptivos o podemos añadir más sufrimiento del necesario. *Si no logramos manejar adecuadamente nuestros sentimientos, podemos agrandar y prolongar innecesariamente nuestro*

sufrimiento. Como consecuencia, nos sentiremos tremendamente mal durante más tiempo del necesario, estaremos “forzando la maquinaria de nuestro cuerpo” más allá de lo aconsejable, e inevitablemente nuestra salud física y mental se verá afectada.

Asumir el cuidado de un familiar conlleva momentos de ansiedad, inquietud, decaimiento, rabia o culpa que son normales, pero no añadamos más sufrimiento del necesario, seamos inteligentes y amortiguemos “nuestro sufrimiento” de lo contrario, podemos ver perjudicada seriamente nuestra salud y ¿seremos entonces capaces de cuidar bien de nuestro familiar?, ¿quién nos cuidará a nosotros/as?



Recordemos además que cuanto peor nos sintamos, más “negra” será nuestra interpretación de la realidad, tendremos menos capacidad para responder y actuar de manera adecuada y nuestra relación con los demás se volverá más complicada, estamos amargados/as y amargaremos la vida también a los que nos rodean.

De esta forma podemos entrar en una espiral donde cada vez nos sentimos peor, interpretando por ello lo que nos pasa de manera más catastrofista, nos sentimos víctimas, nos comportamos a la defensiva generalmente de manera más agresiva y con ello en vez de solucionar problemas, que sería lo inteligente, lo que realmente hacemos es complicar aún más la situación que vivimos.



Por suerte *siempre podemos hacer algo, podemos aprender “trucos/técnicas” que nos ayuden a manejar mejor nuestros sentimientos. No se trata de no sufrir sino de no sufrir más de la cuenta disfrutando de los momentos agradables que nos ofrece la vida.*

¿Puedo hacer algo para sentirme mejor?:

Está comprobado científicamente que podemos modificar nuestros sentimientos. Conocemos principalmente dos formas de conseguirlo: *de manera “natural”* actuando/modificando/controlando nuestros pensamientos *o de manera “química”* con medicación (siempre bajo prescripción médica), alterando la química cerebral que determina nuestras emociones.

La medicación a veces es necesaria e imprescindible, pues puede ayudarnos a corregir un mal funcionamiento orgánico (ej.: problemas de tiroides) o ser utilizada como una “muleta química” que nos ayude en nuestra recuperación. Sin embargo, la medicación puede no ser eficaz si lo que hace que nos sintamos mal es principalmente nuestra forma de “interpretar” de “ver la realidad”, entonces la única forma de conseguir mejorar es aprender y utilizar “técnicas y trucos” para modificar nuestros pensamientos.

Controlando y orientando nuestra forma de pensar modificaremos nuestros sentimientos y mejoraremos nuestro comportamiento. Nuestro comportamiento entonces será menos

impulsivo y más inteligente, positivo, adecuado o adaptativo. En definitiva, siempre podemos hacer algo para sentirnos mejor, desde acudir a una consulta profesional (de medicina, psiquiatría o psicología) que nos oriente y ayude, hasta aprender a utilizar esos “trucos/técnicas” que nos permiten a sacar el mayor partido a la vida que nos ha tocado vivir. Sea cual sea la forma que elijamos, el primer paso es reconocer que nos sentimos mal y que podemos hacer algo para cambiarlo. El segundo paso, pero no menos importante, es conocer que el cambio conlleva esfuerzo y constancia.



Controlar el enfado y la irritabilidad

Pautas generales para cuando estamos enfadados:

- Pensar que los comportamientos molestos de nuestro familiar pueden ser debidos a su enfermedad.
- Pensar que lo que nos molesta no es la persona sino su comportamiento en un momento determinado.
- Tratar de cambiar comportamientos que nos resultan molestos.
- Comentar la situación con otras personas.
- Reconocer nuestro enfado y nuestro derecho a sentirlo.
- Expresar las frustraciones, temores o resentimientos sin llegar a perder el control. Las explosiones de ira suelen ser a consecuencia de sentimientos negativos acumulados a lo largo del tiempo.

Ejercicio.- Controlar el enfado y la irritabilidad:

- *Liste los comportamientos molestos de su familiar y responda ¿pueden ser debidos a su enfermedad?*

Aliviar tristeza y depresión

Pautas ante el desánimo o tristeza:

- Identificar qué situaciones nos hacen sentir mal, evitarlas o cambiarlas.
- Realizar actividades que nos resulten gratificantes (leer, charlar...). La actividad es enemiga de la depresión.
- No hacer más de lo humanamente posible. No marcar metas excesivas. Decirse a uno mismo y una misma frases que empiecen por debería y no imperativas.
- Abordar los problemas de uno en uno y si es grande dividirlo en partes más pequeñas para resolverlo.
- Buscar el lado positivo de las cosas que suceden a nuestro alrededor.
- Mantener el sentido del humor.
- Hacer ejercicio, si podemos mejor al aire libre.

Ejercicio.- Aliviar la tristeza y la depresión:

- *¿Qué situaciones me hacen sentir mal?*

- *¿Qué actividades que me gusten realizo al día, semana, mes?*

- *Aunque no hago todo lo que quiero, ¿hago todo lo humanamente posible?*

- *Todo tiene un lado positivo ¿Lo busco? ¿Cual es el lado positivo de mi situación actual?*

- *¿Procuro realizar actividades en las que “me ría”, practico el sentido del humor lo suficiente? ¿Como puedo practicar el sentido del humor?*

- *¿Realizo ejercicio físico (andar, nadar, acudir a un gimnasio, paseos...)?*

- *¿Resuelvo los problemas que me suceden con facilidad o tiendo o ahogarme en ellos? Pon ejemplos:*

- *¿Soy demasiado exigente conmigo mismo/a, exigiéndome a mi lo que no pediría a otra persona? Pon ejemplos:*



Alejar los sentimientos de culpa

Pautas ante sentimientos de culpa:

- Pensar en que situaciones nos sentimos culpables en relación con nuestro familiar.
- Aceptarlo como algo normal y comprensible.
- Expresar estos sentimientos a otras personas.
- Buscar razones para estos sentimientos, podemos ayudarnos con otras personas.
- Admitir nuestras limitaciones.
- Pensar que como cuidadores/as también tenemos derechos.

Ejercicios.- Alejar los sentimientos de culpa:

- ¿Cuándo nos sentimos culpables en relación a nuestro familiar?

- ¿Comentamos estos sentimientos de culpa? ¿Con quién y de qué forma?

- ¿Por qué nos sentimos culpables?

¿Somos capaces de admitir nuestras limitaciones o nos pedimos y exigimos a los demás por encima de ellas?

Recuerde: Los sentimientos de culpa son algo normal cuando se “cuida” de un familiar.



Habilidades de autocontrol emocional

Conocer y realizar un análisis de cómo está nuestra salud emocional.

Diario de Emociones:

- Registro de emociones agradables/desagradables: ver cuáles son más frecuentes y cuales son menos frecuentes.
- Registro de emociones desagradables: observar que sucede: *Situación antecedente / pensamientos / sentimientos / conducta.*

Manejar/disminuir sentimientos desagradables.

Detención de Pensamiento:

- Me siento mal... ¿qué estoy pensando?
- STOP/PARA + Tirar goma muñeca o darse un pequeño pellizco/tortita.
- Contar 1-10 Distraer el pensamiento.
- Realizar cualquier actividad que mantenga ocupada nuestra mente.

Reservar un momento concreto del día:

- Reservar un momento concreto del día (una hora) para pensar lo desgraciados/as que somos o en cómo resolveremos el problema que tenemos.

Cambio/sustitución de pensamiento.

Esta técnica es importantísima, nos ayuda a pensar de forma más inteligente emocionalmente y por tanto a elegir los pensamientos que nos hacen sentir mejor. Se trata de examinar nuestros pensamientos y elegir aquellos más beneficiosos para nosotros/as.

Preguntas clave que nos pueden ayudar.

- **Realidad:**
 - ¿Dónde está la evidencia de que esto es como yo me lo digo?
 - Si soy realista y lo reconozco ¿qué tengo que esperar?
 - ¿Puedo probar lo que me estoy diciendo?
 - ¿Puedo probar lo contrario?
- **Consecuencias:**
 - Suponiendo que las cosas son como yo digo, las consecuencias ¿serían tan terribles?
 - ¿Qué ocurriría realmente si...?
 - ¿Por qué sería tan terrible?
 - ¿Puedo encontrarme bien aun cuando esto sea así?
 - ¿Puedo estar contento/a aun si no tengo lo que quiero?
- **Necesidad:**
 - Si no lo tengo ¿Qué ocurre?
 - ¿Qué pierdo de fundamental para sobrevivir?
- **A qué me conduce a pensar de esta forma:**
 - ¿Me es rentable pensar como pienso?
 - ¿Merece la pena arriesgarse?

- ¿Qué consecuencias tiene para mí pensar de esta manera?
- ¿Si pienso así soluciono mi problema?

Errores de pensamiento más frecuentes. Examina si tu pensamiento realiza alguno de estos errores:

- Pensamiento dicotómico: Todo es blanco o negro.
- Pensamiento sobregeneralizado: Por un día que maté a un perro me llamaron mataperros.
- Descalifico las experiencias positivas.
- Veo solo lo negativo.
- Adivino el pensamiento de los demás.
- Adivino el futuro.
- Magnifico los errores.
- Minimizo los éxitos.
- Pienso: si me siento mal mi situación es necesariamente mala.
- La única manera de ver las cosas es como yo las veo.
- Evalúo la realidad de forma poco realista. Me pongo metas difícilmente alcanzables.

El pensamiento más adecuado es el que...

- No generaliza.
- No es dicotómico: entre el blanco y el negro existe una amplia gama de grises.
- Tiene en cuenta el contexto/ realidad.
- No adivina ni el futuro ni las intenciones ajenas.

- Tiene en cuenta diferentes hipótesis para interpretar el suceso.
- Comprueba las conclusiones.

En resumen:

Pensamiento erróneo.	Pensamiento alternativo más adecuado.
Atender a todo lo negativo.	Atender por igual a lo positivo y lo negativo.
Maximizar lo negativo Minimizar lo positivo.	Dar el mismo valor a lo positivo que a lo negativo.
Utilizar adjetivos desmedidos: <ul style="list-style-type: none">• Horrible.• Terrible.• Fatal.• Tacos.	Ajustar ¿qué hay de cierto?: <ul style="list-style-type: none">• Me es incómodo.• Me es desagradable.• Me es molesto. Preguntarse ¿qué puedo hacer?
Generalizar: <ul style="list-style-type: none">• Todo.• Nada.• Nunca.• Jamás.• Imposible.	Concretar ¿qué hay de cierto?: <ul style="list-style-type: none">• No me gusta.• Me es difícil.• No lo entiendo.
Tendencia a anticipar lo negativo: <ul style="list-style-type: none">• Y sí...• Seguro que...	Si existe la posibilidad de que ocurra lo que temo, ¿qué puedo hacer? ¿Existe la posibilidad de que salga bien?
Obligaciones: <ul style="list-style-type: none">• Tengo que...• Debo de...	Lo que hago, lo hago porque en realidad: <ul style="list-style-type: none">• Quiero hacerlo.• Porque me conviene.• Porque prefiero/preferiría.• Porque es menos malo.• Porque me gusta.

La distracción:

Mantener ocupada nuestra mente consigue distraer nuestro pensamiento y mejorar nuestro equilibrio emocional “cuando el diablo no tiene nada que hacer, mata moscas con el rabo”.

Ser positivo/a:

Ser positivo/a es una actitud personal que debe fomentarse, consiste en ver *“el vaso está medio lleno y medio vacío”*. Existen tres estrategias fundamentales que debemos poner en práctica:

- Realizar diariamente el esfuerzo de ver que el “vaso” está “medio lleno”/“medio vacío”.
- Esforzarnos por decir y expresar en nuestras conversaciones “que el vaso está también medio lleno” es decir lo positivo de mi situación y de la de los demás.
- Expresar lo negativo “el vaso medio vacío” pero tratando de que esto no sea el único tema de conversación.

Realizar actividades gratificantes:

A veces no me siento bien simplemente porque no realizo nunca actividades gratificantes, que me gustan. Realizar estas actividades es imprescindible para el equilibrio emocional especialmente cuando vivimos situaciones adversas. Es una manera de compensar lo negativo y cargar fuerzas para afrontar los momentos difíciles.

Primeros auxilios emocionales

1. Ante reacciones emocionales muy intensas, lo primero que debemos hacer para controlarnos es *enfriar la emoción y calmarnos*. Para ello:
 - Realizaremos dos respiraciones fuertes, como suspiros, para liberar tensión.
 - Beberemos a sorbos pequeños un vaso de agua, infusiones relajantes.
 - Nos refrescaremos la cara y el cuello con agua.
 - Daremos un paseo o realizaremos ejercicio.
 - Realizaremos cualquier actividad que nos calme.
2. Una vez “enfriada la emoción” *podremos aplicar cualquiera otra técnica* que queramos pues ya hemos recuperado el control sobre nosotros/as mismos/as.
3. Algunos otros consejos.
 - Aplicar las técnicas anteriores.
 - Aprenda a relajarse.
 - Realice ejercicio físico.
 - Mantenga cuidados mínimos en situaciones difíciles: salud, alimentación, sueño y un poco de ocio que favorezca la desconexión y el apoyo social.
 - Elija un objeto o fotografía que desencadene una emoción en usted muy positiva y procure llevarlo siempre con usted. En situaciones de desbordamiento emocional utilícelo como estímulo de desconexión que favorezca la estabilidad emocional.

- Puede ser útil la Valeriana en gotas: en combinación con infusiones o bien aplicando 4-5 gotas directamente debajo de la lengua siempre que no pasemos del límite de gotas diarias indicado en el prospecto. Pregunte a su médico si existe alguna contraindicación.
- Los caramelos tipo chupachús favorecen el control de la ansiedad.
- Recuerde que el movimiento oscilatorio de un lado al otro de nuestra lengua tras los dientes de abajo favorece la estimulación de saliva, la humedece nuestra boca. Podemos utilizar este truco para paliar la sequedad de boca vinculada a momentos de ansiedad.



Técnicas de autocontrol emocional, Risoterapia

El personaje de dibujos animados: manejo de críticas.

Cierra los ojos y toma tres respiraciones profundas, cómoda y tranquilamente:

1. Piensa en algún pensamiento negativo habitual, pero que no sea muy fuerte, durante 30 segundos aproximadamente,
2. Continúa con los ojos cerrados e imagina que ese mismo pensamiento durante 30 segundos, te lo dice una voz divertida, un personaje de dibujos animados, un humorista, etc., alguien a quien no crees en absoluto, que es gracioso y divertido, pero al que no le das ninguna credibilidad.
3. Imagina uno de tus sobacos, tiene boca, ojos, etc., y durante 30 segundos tu sobaco te habla repitiendo ese mismo pensamiento.
4. Imagina ahora que te lo dice tus nalgas, durante 30 segundos.
5. *Al final pregúntate* ¿vas a creer a tu culo?
6. Ya puedes abrir los ojos.

Cada vez que aparezca un pensamiento desagradable podemos utilizar a nuestro personaje no creíble, alegre y gracioso (ejemplo el pájaro loco) durante 20 segundos. Si aún nos sigue molestando el pensamiento, repetir sistemáticamente el ejercicio al menos unos 10 minutos de reloj.

Pon música al síntoma: manejo de ansiedad cuando te asalte la ansiedad o pases por situaciones que te desborden desdramatiza la situación:

1. *Inventa una canción* con las ideas y las sensaciones que te surgen, poniéndole música alegre (flamenca), dando palmas o realizando gestos exagerados. Ejemplos: “Ay que me entra la ansiedad, Ay mare mía, que no puedo respirar...” “Obi, oba ...cada día me angustio más, obi, obi, obi oba...la rodilla me duele más, no lo puedo soportar...”
2. *Resultado:* la situación que antes nos afligía, se percibe y se siente de una forma menos traumática buscando una más alegre y feliz.
3. *Repite el ejercicio y utilízalo con frecuencia.*



Estoy de ti “hasta las narices”: control de la ira.

1. Realiza el ejercicio con otras personas o bien delante del espejo.
2. Di exagerando “estoy de ti hasta las narices” y luego repite la misma frase moviendo los labios como harían los camellos si hablasen (“lenguaje del desierto”), proyectando los labios hacia fuera exageradamente y moviéndolos hacia los lados.
3. Repetir el ejercicio para incorporarlo en nuestro repertorio habitual.
4. Utiliza esta imagen grabada en tu imaginación (sólo en tu imaginación), cuando alguien te esté sacando de tus casillas para recuperar el control y desdramatizar la situación.

Breve ejercicio de relajación por respiración :

1. Adopta un posición cómoda.
2. Toma aire lentamente contando hasta 5.
3. Contén la respiración contando hasta 5.
4. Expulsa el aire lentamente por la boca contando hasta 3 ó 5.
5. Repite el ejercicio todas las veces que quieras, tratando de realizarlo cada vez más lentamente. (Trata de mover el abdomen con tu respiración).
6. Puedes cerrar los ojos cuando te encuentres tranquilo/a e imaginar una imagen agradable y apacible (ej: el mar)
7. Puedes ayudarte poniendo una música tranquila.

Diario de Emociones *Día*

Situación	Pensamiento	Sentimiento	Comportamiento

Cambio/sustitución pensamiento:

Describe la situación que ha desencadenado sentirte mal.

Pensamiento	Emoción	Consecuencias
<i>Pensamiento que me hace sentir mal</i>		
<i>Pensamiento alternativo 1</i>		
<i>Pensamiento alternativo 2</i>		
<i>Pensamiento alternativo 3</i>		

APUESTA POR LA CONCILIACIÓN

Índice:

- Cuidar desde la perspectiva de género.
- Estrategias de conciliación y de corresponsabilidad.
- Pedir ayuda y poner límites al cuidado.
- Gestión de los tiempos en el contexto del cuidado.

Cuidar desde la perspectiva de género

Análisis de la división sexista de roles, conflictos generacionales y de género.

Desde que una persona nace, la familia, su entorno, la sociedad en general van mediatizando cada una de sus elecciones y decisiones, de tal manera, que sus gustos, sus aficiones, su forma de ser y estar van a hallarse determinadas por el hecho de nacer de uno u otro sexo. Se crece en un contexto social determinado en donde, al tiempo que se adquieren los conocimientos, se aprenden las reglas y los valores que la sociedad en ese momento establecen como más adecuados, de forma que, poco a poco, se van interiorizando los roles y modelos que van configurando la manera de ser de cada persona.

La Organización de Naciones Unidas, en los trabajos preparatorios de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Pekín en septiembre de 1995, adoptó oficialmente

la definición de género como una herramienta de análisis de la realidad de las mujeres. Lo define como “la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen al hombre y a la mujer. Mientras el sexo hace referencia a los aspectos biológicos que se derivan de las diferencias sexuales, el género es una definición de las mujeres y los hombres construida socialmente y con claras repercusiones políticas. El sexo viene determinado por la naturaleza, pero su género lo elabora la sociedad”.

La igualdad de género implica el reconocimiento e igual valoración social de mujeres y de hombres, así como de las tareas y funciones que realizan.

Este concepto presupone la ausencia de cualquier tipo de jerarquía de un sexo sobre otro, así como la plena participación de mujeres y hombres en todos los ámbitos de la sociedad: público, laboral y privado.



Desde el punto de vista jurídico, la igualdad de género forma parte consustancial de los Derechos Humanos y eje fundamental de cualquier ordenamiento democrático.

Análisis de la situación.

La necesidad de repartir las tareas domésticas y el cuidado de familiares dependientes en el entorno familiar, ha sido una consecuencia de la incorporación de las mujeres al mercado laboral, aunque esto no quiere decir que sea una realidad. De hecho, las mujeres que tienen un empleo remunerado, tienen que seguir haciendo frente a las responsabilidades domésticas y del cuidado de los miembros dependientes de la familia. Los datos hablan por sí solos, las mujeres dedican cuatro veces más tiempo al trabajo doméstico que los hombres.

Además, no existe un reparto equitativo de tareas y las mujeres suelen encargarse de las más laboriosas y de las que se suelen hacer a diario. No obstante, hay que tener en cuenta que, cuanto más jóvenes son los miembros de la pareja y/o mayor nivel educativo tienen, el reparto tiende a ser más equitativo.

Una aproximación a los conceptos de trabajo y de mercado laboral, analizando las consecuencias de la división del trabajo en productivo y reproductivo desde una perspectiva de género, nos hace preguntarnos acerca de los roles desempeñados por hombres y mujeres, la masculinización del trabajo y las consecuencias para la experiencia laboral de

cada persona. Las mujeres encuentran múltiples dificultades para incorporarse a un trabajo remunerado, dificultades que guardan estrecha relación con los roles que les son socialmente asignados (cuidadoras, amas de casa).

Todo esto supone para las mujeres un handicap a la hora de acceder al mercado laboral y desarrollar lo que hemos denominado centralidad en el empleo. Una realidad constatada es que el trabajo femenino ocupa sectores laborales menos cualificados y menos profesionalizados, así como conlleva una peor situación laboral en cuanto a horarios, salarios y derechos de las trabajadoras.

En muchos casos, la interiorización de esas discriminaciones hace que la propia mujer vea su trabajo como algo subsidiario y secundario dentro de la economía familiar. Es en ese sentido importante comenzar a trabajar la centralidad en el empleo, idea que ocupa un bloque completo, pero que ya se empieza a trabajar en éste desde la perspectiva del mercado laboral.

Con este concepto se pretende señalar la importancia, en nuestra sociedad actual, de concebir el empleo como una vía de autonomía e independencia y un ámbito importante de socialización y construcción de la identidad.

De igual forma, en el contexto de la Ley de Promoción y Autonomía para las Personas en situación de Dependencia, se introduce la valoración del cuidado desde el marco laboral como un

elemento transformador de una economía sumergida durante años y mantenida por las mujeres a la transformación de una economía emergente y valorada desde la igualdad y la conciliación.

División sexual del trabajo.

Desde el modelo patriarcal en que se basa nuestra sociedad, el reparto de funciones está relacionado con el género masculino y femenino, no con las capacidades personales.

- ESPACIO PÚBLICO:
 - Actividad fuera del hogar.
 - Relacionado con activo y trabajo reproductivo.
 - Asociada al Hombre.
- ESPACIO DOMÉSTICO:
 - Cuidado del hogar .
 - Asociado a inactivo.
 - Tradicional de mujer.
- ESPACIO PRIVADO:
 - Culto a la individualidad.
 - Cualidad de ocuparse de uno mismo.
 - Se confunde con el domestico.
 - Roba espacio a las mujeres.

En el espacio doméstico, se desarrollan tanto el trabajo reproductivo como el trabajo doméstico. Por trabajo reproductivo, entendemos la actividad no remunerada que implica la reproducción de la vida, el cuidado de las personas dependientes del entorno familiar y el mantenimiento y la transmisión del código de valores.

El espacio público y el doméstico están directamente relacionados con la realización de tareas y funciones adjudicadas socialmente a mujeres y a hombres. Por ejemplo, pensemos en personas en una empresa de transportes, ¿qué imagen se nos viene a la mente? y ¿si pensamos en la cocina de un hogar? Y aunque los trabajos desarrollados en ambos lugares son imprescindibles, unos han sido adjudicados a los hombres (trabajo productivo) y otros a las mujeres (trabajo reproductivo y doméstico), otorgándoles, además, diferente valor.

A esta división de funciones se la denomina *División Sexual del Trabajo* y supone un reparto de tareas en función del sexo: socialmente se transmite que las mujeres tienen mayor responsabilidad sobre el cuidado de sus familiares, la crianza de las hijas e hijos y las ocupaciones domésticas, mientras que los hombres se dedican más a las tareas realizadas fuera del espacio doméstico, que comprenden desde el ámbito económico (empleo) y político hasta el religioso y cultural.



En cuanto al trabajo doméstico, nos encontramos con una actividad no incorporada al mercado laboral que abarca todas las tareas y funciones relacionadas con el mantenimiento del hogar y el cuidado de la unidad familiar.

A pesar de la importancia del trabajo reproductivo y el trabajo doméstico, estos son considerados “trabajos invisibles”, ya que las personas que los realizan, normalmente mujeres, no reciben ninguna prestación económica y, las consecuencias son: Falta de reconocimiento y grado de valoración de ese trabajo. Para que nos hagamos una idea, el trabajo reproductivo y doméstico no está recogido en las estadísticas referentes al Producto Interior Bruto (PIB). Es decir, no se considera que haya que incluirlo como trabajo que contribuya al crecimiento y desarrollo de un país.

En el marco de la división sexual del trabajo, el reproductivo y doméstico, actualmente y, a pesar de que las mujeres se han incorporado masivamente al mercado laboral, los hombres no lo han hecho en igual medida a las responsabilidades domésticas y de cuidados.

Algunos conceptos básicos.

Perspectiva de Género:

Mirada desde las diferencias entre las situaciones, necesidades y condiciones de las mujeres y los hombres.

Aplicar principios de igualdad en los procesos sociales y de poder, dentro de la sociedad (Artículo 9.2 de la Constitución Española, hay que incorporar actuaciones encaminadas a la igualdad).

Aspectos a tener en cuenta:

Análisis de género: Estudio de necesidades, participaciones, condiciones, acceso a recurso y desarrollo, toma de decisiones, etc., entre hombres y mujeres debido a los roles tradicionalmente asignados.

- Son las reglas y valores de una sociedad.
- Se dan por buenos.
- Se interiorizan.
- Configuran nuestra manera de ser.

Evaluación del impacto:

Análisis de las propuestas llevadas a cabo con el objetivo de adaptarlas y neutralizar los efectos discriminatorios, fomentando la igualdad.

Indicadores de género:

- Variables que describen las situaciones de las mujeres y hombres en la sociedad.
- Conocimiento de la realidad global con disgregación de los datos estadísticos por sexos.

La socialización diferencial:

Hoy en día se reconoce que en la configuración de la identidad sexual intervienen, no solo factores genéticos si no de diferentes grados: poder, psicológicos, sociales, culturales, económicos, etc., es decir, elementos que son condicionantes a la hora de desarrollar la identidad de las personas.

El termino sexo, por tanto, está determinando las características de la naturaleza biológica del macho y la hembra, mientras que el término género es una construcción social que refiere dos diferencias culturales: hombre y mujer, que se ha ido construyendo a lo largo de la historia. Es por tanto un criterio construido socialmente y puede ser “¡redefinido, reeducado y transformado!”.

Finalmente, el género, es el que ha determinado los roles, derechos y oportunidades en razón al sexo.

La igualdad de Género:

- Implica el reconocimiento e igual valoración social de mujeres y de hombres.
- Reparto de tareas y funciones.
- Elimina jerarquías en función al sexo.
- Favorece la participación en los tres ámbitos sociales.
- Es Eje fundamental de ordenamiento democrático.
- Elemento consustancial de Derechos Humanos.

Los roles y los estereotipos:

Los roles podrían identificarse con las funciones que desempeñan socialmente en función a nuestro entorno.

- Se identifican como las funciones sociales que tenemos en nuestro entorno.
- Aprendemos las reglas y los valores que la sociedad establece como adecuados.
- Se interiorizan y se convierten en modelos configurando nuestra forma de ser.

Los estereotipos son el resultado de los procesos cognitivos acerca de los rasgos que se atribuyen a los seres humanos y/o grupos sociales. Se incorporan, por tanto, al concepto de la percepción humana. A partir de este estereotipo, se forjan los **Roles de Género**, que son papeles sociales que desempeñamos en nuestra vida cotidiana y que varían dependiendo de nuestro entorno social y de la situación personal en la que nos encontramos.



Estereotipos Asociados al Género:

Homogéneos: Varían poco de un lugar a otro.

Bipolares: Atribuyen cualidades diferentes y excluyentes entre varones y mujeres.

Complementarios: Las tareas que asigna son complementarias entre varones y mujeres (no tienen procesos de igualdad).

- Son las creencias, imágenes que se atribuyen a hombres y mujeres.
- Ejemplos: “los chicos no lloran”; “el hombre y el oso cuanto más feo más hermoso”.
- Genera respuestas emocionales, y pensamientos que tienen que ver con aspectos culturales.

Indicadores y efectos del cuidado en la persona cuidadora:

- Respuestas diferenciadas en función al género.
- Disminución del Apoyo social emocional.
- Disminución de la satisfacción Marital.
- Repercusiones en el estado de Salud General.
- Aumento generalizado de medicamentos.
- Indicadores de padecer trastornos depresivos.

Demandas cuidadores principales:

- Sobre carga y Aislamiento.
- Ansiedad.
- Conflictos: Familiares, de Pareja, de Roles.
- Dificultad para afrontar situaciones.
- Carencia de Habilidades para solucionar problemas.
- Indefensión para abordar cuidados Específicos de la Salud.

Estados emocionales/físicos:

- Subjetivos:
 - De incomodidad y molestia.
 - Sensaciones de soledad en el cuidado.
 - Somatizaciones.
- Objetivos:
 - Deterioro de la salud.
 - Restricción del tiempo libre.

Respuestas de los hombres:

- No piden ayuda.
- Se espera que controlen las emociones.
- Se les pide busquen respuestas funcionales.
- Se espera mayor capacidad para aguantar el malestar.
- Se guardan sus emociones.
- Afrontan solos el desanimo.
- Experimentan ira o agresividad.

- Buscan como evasión involucrarse en otras actividades.
- La esposa es su apoyo emocional porque mantiene los vínculos afectivos.

Respuestas de las mujeres:

- El 83% de las mujeres siguen siendo cuidadoras.
- Sufren el efecto de la doble jornada.
- Tienen sobrecarga de trabajo y conflictos de roles.
- Mantienen conflictos relacionales entre madres/hijas porque van acompañados de sentimiento de culpa.
- Su organización de vida gira en torno al cuidado siendo el segundo lugar el resto, cónyuge e hijos.
- Las facturas culturales y educativas dificultan rescatar espacios propios.
- Tienen un alto riesgo de morbilidad física y psíquica siendo “pacientes ocultas”.



La corresponsabilidad en el cuidado familiar.

Los hombres se van incorporando lentamente a las tareas del hogar y cuidado de la familia, pero la mayoría de las veces desde una actitud de ayuda y no de corresponsabilidad.

Definición corresponsabilidad:

La corresponsabilidad o el reparto de responsabilidades se define como la distribución equilibrada de las tareas domésticas en el seno del hogar, el cuidado de personas dependientes, los espacios de educación y trabajo, permitiendo a sus miembros el libre y pleno desarrollo de opciones e intereses, mejorando la salud física y psíquica de las mujeres y contribuyendo a alcanzar una situación de igualdad real y efectiva entre ambos sexos.



Las cifras hablan...

- Las mujeres dedican cuatro veces más tiempo a las tareas del hogar que los hombres. http://www.ideal.es/jaen/prensa/mujeres-dedican-cuatrovezes_20070817.htm
- En España mientras las mujeres dedican 3,6 horas diarias al hogar, los hombres dedican sólo 44 minutos.
- El 63'55% de las mujeres ocupadas realizan las labores del hogar frente al 16'31% de los hombres, según datos del año 2003 publicados en el estudio "Mujeres y Hombres en España 2007". <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/myh07/myh07.htm>
- Un 33,1% de las mujeres eligen trabajos a tiempo parcial por obligaciones familiares frente a un 3,8% de los hombres, según el Informe Mujeres y Hombres 2008.
- El 98'43% de los permisos de maternidad son solicitados por mujeres. Datos del año 2007. http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/empleo/conciliacion_vida.htm
- A los seis meses de la entrada en vigor, el número de solicitudes de la prestación por paternidad, creada en la Ley Orgánica 3/2007 de Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, ascendió a 45.360.
- Es el reparto de responsabilidades.
- La distribución equilibrada en el hogar de las tareas domésticas y del cuidado de las personas dependientes, los espacios de educación y trabajo.
- Permite el libre y pleno desarrollo de los seres humanos.
- Mejora la salud Física y Psíquica.
- Contribuye a alcanzar una situación real de Igualdad.
- Mejora las relaciones efectivas y afectivas de ambos sexos.

Manual Cuidarela

La corresponsabilidad en el hogar La corresponsabilidad requiere una negociación entre los distintos intereses que se plantean en el propio hogar. Es decir, decidir quién va a hacerse cargo de las diferentes responsabilidades y cuándo pactar alternancias y respetar los compromisos adquiridos.

Es necesario un cambio de mentalidad de mujeres y hombres y una implicación directa de estos últimos ya que sin su participación no existe reparto equitativo de responsabilidades y tareas. Se trata pues de ser conscientes de cómo cada una de nuestras actuaciones puede influir en el futuro y de cómo estas situaciones injustas pueden ser modificadas.

- Requiere de una Negociación entre los diferentes intereses del hogar.
- Ajustar: Alternancias, responsabilidades, compromisos.
- Un cambio de mentalidad entre Hombres y Mujeres.
- Mayor implicación de todos para proporcionar una mayor participación en el reparto equitativo.
- Toma de conciencia de nuestras actuaciones como modelo de influencia para el futuro.

La Conciliación:

Con la expresión conciliación de la vida laboral y familiar se hace referencia a la necesidad de compatibilizar el trabajo remunerado con el trabajo doméstico y las responsabilidades familiares. Ahora bien, si sólo analizáramos estos conceptos nos olvidaríamos de la esfera privada, individual para cada persona, inexistente para la mayoría de las mujeres.

La compatibilización también tiene que estar relacionada con la disponibilidad de tiempo libre para el desarrollo del sujeto y, entonces, hablamos de conciliación de la vida personal, familiar, laboral y cuidados. La conciliación no es un problema de las mujeres, no es un tema de ámbito privado, es una alternativa intergeneracional de hombres y mujeres ante un tema que preocupa y afecta a toda la sociedad y debe obtener una respuesta social, implicando a todos los agentes:

- Administraciones Públicas, a través de la puesta en marcha de servicios públicos de apoyo, apoyando la iniciativa privada en el sector de servicios de ayuda, y la creación de nuevas infraestructuras que faciliten la conciliación.
- Empresas y Sindicatos, investigando y adoptando nuevas formas de organización del trabajo que permitan, tanto a mujeres como hombres, compatibilizar las esferas pública, familiar/doméstica y privada, con el objetivo de garantizar una mejor calidad de vida.
- Es la necesidad de hacer compatibles la vida laboral y/o trabajo remunerado con el trabajo doméstico, el cuidado a la dependencia y las responsabilidades familiares.
- Debe estar relacionada con la disponibilidad de la vida libre para el desarrollo personal del ser humano.
- Abarca tres esferas de la vida: personal, familiar y laboral.
- Obligación de implicarse todos los agentes sociales.
- Exige un cambio de mentalidad entre hombres y mujeres para: avanzar en el reparto y reconocer y asumir las responsabilidades de todo el grupo.

Estrategias de conciliación y corresponsabilidad.

Estrategias clásicas de conciliación:

En general, el modo en que las mujeres ocupadas resuelven sus necesidades de conciliación de la vida familiar es el siguiente:

- Asumiendo el peso de las responsabilidades relativas al mantenimiento del hogar y de atención a las personas en situación de dependencia. Es decir, contando con una débil colaboración de los miembros masculinos (especialmente en el desempeño de las tareas domésticas). Ello aboca a muchas mujeres a la doble jornada laboral.
- Con el apoyo de otros miembros femeninos de la familia (hija, abuela materna) aunque tal asistencia se da en escenarios de apoyo temporal y sobre todo en relación con ciertas situaciones ligadas a la imposibilidad de compatibilizar lo familiar con lo laboral (enfermedades, vacaciones escolares, etc.). Quedando sin resolver las situaciones de larga temporalidad: dependencia.
- Con el apoyo de servicios externos, cuando existe la posibilidad económica de contratar estos servicios a título particular, dadas las limitaciones de la oferta pública.
- En situaciones límite, mediante el abandono temporal o definitivo de la actividad laboral, abandono que se revela mayor en las rentas más bajas, con la consiguiente carga de disonancia y frustración.

FAVORECER:

- Identidades Positivas.
- Sentimientos: control emocional, de autoeficacia y de optimismo.

REALIZAR:

- Ajustes adaptativos.
- Aprendizajes nuevos y curiosidades.
- Permiso para la discrepancia.

POTENCIAR:

- Redes de apoyo y Sociales.
- Hábitos Saludables.



Pedir ayuda y poner límites al cuidado:

Pedir ayuda a nuestros familiares.

En muchas ocasiones es necesario pedir ayuda a otras personas. Ahora bien, es fácil pensar “¿Por qué voy a pedir si es su obligación? Desde luego no nos falta razón, la responsabilidad de cuidar no tiene por qué caer exclusivamente sobre nosotras/os. Sin embargo, también es cierto que no se puede “obligar” a nadie a asumir esa responsabilidad. Es algo que las personas hacemos de forma voluntaria porque creemos que debemos hacerlo. Y, por este motivo, es más fácil que otras personas de nuestra familia lleguen a ver que su colaboración es importante. Ahora bien, conseguir que nos ayuden a veces no es una tarea fácil.

¿Cómo pedir ayuda a otras personas de la familia?:

- *Decir claramente qué clase de ayuda necesitamos:* No hay que esperar a que los demás adivinen nuestras necesidades.
- *Tener en cuenta que algunas personas están más dispuestas a ayudar que otras:* No todas pueden ofrecer lo mismo, por lo tanto hay que intentar adaptarse a las posibilidades de la persona concreta a la que pedimos ayuda.
- *Intentar expresar de alguna forma nuestra satisfacción, agradecimiento por la ayuda recibida:* Es importante que quienes nos ayudan sepan lo que significa para ellos. De esta forma es más probable que los demás continúen colaborando con nosotros.

¿Qué hacer cuando encontrar ayuda en la familia no es fácil?:

- *Pensar que estas personas pueden tener sus razones para actuar así, aunque nosotras/os las desconozcamos:* Aunque no es fácil mantener al ánimo en estas circunstancias pensar así puede ayudarnos. A veces nuestra familia no es capaz de ver el problema en toda su magnitud, pueden sentirse culpables por no colaborar más y tienden por ello a escaparse o desentenderse de la situación.
- *Buscar soluciones:* Como pensar en otras personas. Intentarlo de nuevo.
- *Realizar reuniones familiares para tratar el tema:* Es una forma de distribuir la responsabilidad, se debe hablar abiertamente sobre las necesidades que se derivan del cuidado y acordar qué puede hacer cada uno de los miembros. El objetivo es llegar a un acuerdo de cómo distribuir la responsabilidad de cuidar al familiar de la mejor manera posible.

Pedir otro tipo de ayuda:

- *Contactar con los Servicios Sociales Municipales:* Exponer nuestro caso claramente y qué es lo que necesitamos.
- *Contratar a una persona para que cuide del familiar unas horas.*
- *Entrar en contacto con asociaciones u organizaciones.*
- *Informarse de cómo cuidar a las personas mayores.*
- *Buscar ayuda profesional:* Médicos, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería.

- *Tener claro que no se pide un favor sino que estamos solicitando una información o atención a la que tenemos derecho.*

Poner límites al cuidado:

A veces llevamos nuestra responsabilidad al extremo, prestando una cantidad de cuidado superior a lo necesario. Unas veces es por estar convencidas/os de que nosotras/os cuidamos mejor, en este caso *deberemos dejarnos ayudar*. En otras ocasiones es la persona que cuidamos quien demanda más cuidado del necesario, en estas ocasiones deberemos saber decir que no.

¿Cómo dejarse ayudar?:

- *Saber aceptar la ayuda y el modo en que nos ayudan:* No hay que intentar que los demás hagan las cosas exactamente igual que nosotras/os las hacemos, podemos sugerir pero no imponer. De esta manera, además de evitar conflictos, conseguiremos que los demás colaboren más fácilmente.

¿Cómo decir que no o rechazar peticiones?:

- Decir simplemente no, dar alguna razón pero no excusarse.
- Asumir la responsabilidad de decir no.
- Repetir simplemente el no ante la insistencia de otros.

- En caso de duda, pedir más información y pedir tiempo para pensar.
- Decir no sintiéndonos bien y sin ofender a la otra persona.

Indicadores para saber cuándo debemos de poner límites al cuidado:

- Se niega a gastar dinero que tiene en servicios necesarios (Ej. contratar una persona que les cuide).
- Originan un gasto económico injustificado a la familia (ej. hacer demasiadas llamadas telefónicas).
- Se quejan amargamente en situaciones inevitables.
- Culpan a la persona que le cuida de fallos involuntarios.
- Fingen síntomas para acaparar más atención.
- Hacen reproches a los/las cuidadores/as por poner límites razonables a sus peticiones.
- Culpan a otros por problemas causados por ellos.
- Prolongan conversaciones mediante charlas sin fin.
- Nos censuran por pequeños errores.
- Nos despiertan por la noche más de lo necesario.
- Piden más ayuda de la necesaria.
- Rechazan ayudas que facilitan nuestra tarea de cuidado (sillas de ruedas, muletas...).

Gestión de tiempos en el contexto del cuidado.

Aprendiendo a compartir el tiempo:

Aunque *la estructura familiar* está cambiando se sigue esperando que *la mujer disponga de todo su tiempo* para atender al resto de la familia. La madre, independientemente de su edad, formación o profesión sigue siendo considerada la responsable principal de las tareas domésticas y del cuidado familiar.

A pesar de que muchas mujeres se han incorporado al mercado laboral, la dedicación a la familia no ha descendido para ellas, produciéndose, en muchos casos, el fenómeno de la “*doble o triple jornada*”². Esta doble o triple carga de obligaciones es la causa fundamental de la *desigualdad en el uso del tiempo* entre hombres y mujeres; una de las consecuencias directas de esta falta de tiempo de las mujeres es el descenso de su calidad de vida que afecta directamente a su salud física y psíquica por el exceso de responsabilidad y presión.

Repartir las responsabilidades familiares supone compartir las actividades de cuidado, educación y afecto entre las personas que componen la unidad familiar y contribuye, por tanto, a mejorar su calidad de vida. Por ello, para equilibrar la sociedad y potenciar la igualdad, será necesario distribuir justamente los tiempos de vida de hombres y mujeres.

Compartir las tareas domésticas y *responsabilizarse* del bienestar familiar supone un compromiso personal con el desarrollo

del núcleo familiar en todos los ámbitos: económico, social, sanitario, educativo, afectivo, etc. Por tanto, para lograr que todos los miembros de la unidad familiar se responsabilicen, se debe repartir el tiempo de forma equitativa y debe ser asumido por igual entre las personas que integran la familia, no solo en lo que se refiere a las tareas domésticas (cocinar, recoger, comprar...) sino también en las responsabilidades familiares o reproductivas (cuidado y apoyo de personas dependientes, educación afectiva, resolución de conflictos generados en la convivencia).

Reflexiona sobre el uso del tiempo que hacen cada uno de los miembros de una familia que conozcas en un día laborable cualquiera... ¿y en un día festivo?

- ¿Quién asume la responsabilidad y quien dedica el tiempo para ejecutarla?

Actividades Generales	Madre	Padre	Hijas/ nueras	Hijos/ yernos
Sueño				
Cuidados personales				
Cuidados familiares				
Tareas domésticas				
Gestiones extradomésticas				
Trabajo remunerado				
Formación				
Voluntariado				
Relaciones sociales				
Otras actividades				
Tiempo libre				

Actividades vinculadas al cuidado ¿Quién realiza apoyo?	Madre	Padre	Hijas/ nueras	Hijos / yernos
Cuidado de la ropa / vestido				
Levantar / acostar				
Aseo personal / baño				
Hacer comidas /ayuda comer				
Ayuda a la movilidad				
Micción / deposición				
Cuidados de salud en casa				
Control y consultas médicas				
Actividades de ocio				
Gestiones y papeleos				
Manejo de quejas/ problemas conducta				
Problemas nocturnos				

- ¿Todo el mundo participa en todas las actividades?
- ¿Hay que repartir el tiempo más equitativamente?
- ¿A todo el mundo le queda el mismo tiempo libre?

El proceso de cambio: reparto de las tareas domésticas y del cuidado equilibrado:

- Es beneficioso para todo el mundo.
- Es un proceso de implicación equilibrado y afectivo.
- Es un proceso ajustado a las diferencias de deseos, necesidades, objetivos y valores de todo el núcleo familiar superando las barreras de desigualdad.

Elementos del cuidado equilibrado	Desequilibrios por exceso	Desequilibrios por defecto
<i>Cuidado responsable de un familiar en situación de dependencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrios familiares. • Comportamientos de la persona cuidadora principal exigentes/tiranía con el entorno de cuidado. • Agotamiento/estrés. • Riesgos para la salud de la persona que cuida. • Riesgo duelo complicado tras el fallecimiento del familiar en situación de dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato. • Negligencia en el cuidado. • Riesgos para la salud del familiar en situación de dependencia.
<i>Cuidado de la persona cuidadora</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Claudicación de cuidados • Delegación del cuidado exigente/tiranía en la delegación del cuidado. • Sobrecarga de los recursos de apoyo. • Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono-síndrome del cuidador/a. • Potencia los aspectos negativos derivados del cuidado. • Agotamiento del entorno de cuidado.

Elementos del cuidado equilibrado		
<i>Conciliación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Claudicación de cuidados. • Delegación del cuidado exigente/tiranía en la delegación del cuidado. • Sobrecarga de los recursos de apoyo. • Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono-síndrome del cuidador/a. • Potencia los aspectos negativos derivados del cuidado. • Agotamiento del entorno de cuidado.
<i>Personal</i>		

Elementos del cuidado equilibrado			
Conciliación	Pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Claudicación de cuidados. • Delegación del cuidado exigente/tiranía en la delegación del cuidado. • Sobrecarga de los recursos de apoyo. • Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis de pareja. • Sensación de impotencia • Sentimiento de soledad en pareja. • Desestabilización de la estructura familiar.
	Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Claudicación de cuidados • Delegación del cuidado exigente/tiranía en la delegación del cuidado. • Sobrecarga de los recursos de apoyo. • Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ignorar las necesidades y proyectos de vida de otros miembros familiares. • Sentimiento de abandono afectivo familiar. • Desequilibrios familiares • Comportamientos del cuidador/a principal exigentes/tiranía con el entorno de cuidado / familiar.
	Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Claudicación de cuidados. • Delegación del cuidado exigente/tiranía en la delegación del cuidado. • Sobrecarga de los recursos de apoyo. • Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono de la actividad/carrera laboral. • Falta de crecimiento laboral. • Merma económica .
	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Claudicación de cuidados • Delegación del cuidado exigente/tiranía en la delegación del cuidado. • Sobrecarga de los recursos de apoyo. • Desequilibrios en derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento. • Soledad.

ANEXO I: Glosario de términos:

Acciones positivas.

Estrategias destinadas a establecer la igualdad de oportunidades por medio de medidas que permitan contrastar o corregir aquellas discriminaciones que son el resultado de prácticas o sistemas sociales.

Acoso por razón de sexo.

Cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

Acoso sexual.

Cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

Androcentrismo.

El hombre está considerado como centro del universo y equipara la humanidad con el hombre - varón. Una consecuencia del Androcentrismo es la ocultación de las mujeres, su falta de definición y la no consideración de sus realidades.

Brecha de género.

Diferentes posiciones de hombres y mujeres y la desigual distribución de recursos, acceso y poder en un contexto.

Coeducación.

Desarrollo integral de las personas independientemente del sexo al que pertenezcan, y por tanto, sin presuponer capacidades en razón del sexo del alumnado.

Cuotas de participación.

Es un ejemplo de acción positiva e implica el establecimiento de determinados porcentajes de presencia de las mujeres con respecto a los hombres con el fin de paliar la escasa representación de las mismas en alguna actividad concreta.

Democracia Paritaria.

La ausencia de las mujeres en los centros de representación política y de toma de decisiones implica un déficit democrático incompatible con una verdadera democracia. Si en el proceso de toma de decisiones no está presente el 52% de la sociedad se corre el riesgo de ignorar los planteamientos, los puntos de vista e intereses de la mitad de la sociedad. Ese déficit sólo puede ser superado con un reparto más justo de las responsabilidades públicas y privadas y una presencia más equilibrada de hombres y mujeres en los órganos de decisión política.

Discriminación directa.

Situación en la que por razón de su sexo se trata a una persona de manera menos favorable como se trata, se ha tratado o se trataría a otra, en una situación comparable.

Discriminación indirecta.

Situación en la que una disposición, un criterio o una práctica, al parecer neutra, puede implicar una desventaja particular para personas del otro sexo, a menos que esta disposición, este criterio o esta práctica se justifiquen objetivamente por un objetivo legítimo y que los medios para realizar este objetivo sean convenientes y necesarios.

Discriminación múltiple.

Con esta expresión, nos referimos a aquellas situaciones donde la suma de factores como: edad, género, orientación sexual y origen étnico, religión o discapacidad, dan lugar a más de una discriminación.

Discriminación por razón de sexo.

Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por las mujeres, con independencia de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y de la mujer, de los derechos humanos y las liber-

tades fundamentales en las esferas políticas, económicas, sociales, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Doble jornada.

Se trata de la combinación del trabajo productivo, trabajo doméstico y familiar de forma cotidiana. Es la forma bajo la cual la mayoría de las mujeres adultas de las sociedades urbanas industrializadas han afrontado su masiva participación en el mercado de trabajo. En este sentido, la ampliación de la doble presencia ha supuesto algunos cambios en la división social y sexual del trabajo pero siempre a costa de una “acumulación de trabajo” por parte de las mujeres adultas y, por tanto, con efectos en su salud.

Educación no sexista.

Se basa en el aprendizaje y desarrollo de una serie de habilidades, capacidades y valores que permitan al alumnado, independientemente de su sexo, enfrentarse a una sociedad en continuo cambio, teniendo en cuenta la necesidad de conseguir su propia integración como sujetos libres y con iguales oportunidades para participar en la sociedad y ser protagonistas de los cambios que se producen en ella, disponiendo de las habilidades necesarias para una óptima adaptación.

Empoderamiento.

Aumento de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y acceso al poder. De acuerdo con la Plataforma de Acción de Pekín se relaciona el empoderamiento con los siguientes ejes: los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva y la educación. Estos ejes son considerados fundamentales para el avance de las mujeres en la sociedad y a partir de ahí, se trata de potenciar la participación de las mujeres en igualdad de condiciones con los hombres en la vida económica y política y en la toma de decisiones a todos los niveles.

Equidad de género.

Este concepto reconoce que las necesidades de las mujeres y los hombres son diferentes y que las diferencias deben ser identificadas y tratadas para corregir el desequilibrio existente entre los sexos. Supone la puesta en marcha de medidas que van dirigidas a la consecución de la igualdad de mujeres y hombres en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades.

Evaluación del impacto en función del género.

Examen de las propuestas políticas para analizar si su puesta en práctica afectará a las mujeres de forma diferente que a los hombres, al objeto de adaptarlas para neutralizar los efectos discriminatorios y fomentar la igualdad entre hombres y mujeres. (Guía Europa perspectiva de género. Carrefour Europeo.)

Feminización de la pobreza.

Evidencia social que, con variaciones, se presenta en la mayoría de los países del mundo, con independencia de su grado de desarrollo y hace referencia a la creciente proporción porcentual de mujeres entre los colectivos más pobres. También se refiere al cariz específico de género que adquiere la pobreza femenina y que prolonga su duración y dificultad de superación.

Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Se fundamenta en la necesidad de garantizar el acceso de los miembros de una sociedad, mujeres y hombres, a los bienes que dentro de la misma se generan: económicos, materiales y no materiales, como la educación y otros bienes culturales. Por tanto, resulta imprescindible garantizar que mujeres y hombres puedan acceder y participar en las diferentes esferas (económica, política, participación social, de toma de decisiones) y actividades (educación, formación, empleo) sobre bases de igualdad.

Igualdad formal.

Igualdad de las y los españoles ante la ley, tanto en el contenido, como en la aplicación de la misma. Igualdad real Tratamiento equivalente para mujeres y hombres, independientemente de su sexo.

Indicadores de género.

VARIABLES DE ANÁLISIS QUE DESCRIBEN LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES Y HOMBRES EN LA SOCIEDAD. EL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD SOCIAL, LABORAL, FORMATIVA, ECONÓMICA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO, REQUIERE LA UTILIZACIÓN DE ESTOS INDICADORES QUE FACILITAN LA COMPARACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE MUJERES Y HOMBRES E IDENTIFICA DIFERENCIAS QUE PUEDEN ALIMENTAR ESTEREOTIPOS. SU UTILIZACIÓN SUPONE UNA APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN O PRESENCIA DE MUJERES Y HOMBRES, ASÍ COMO A LA INCIDENCIA DE DETERMINADOS FACTORES QUE IMPLICAN DIFERENCIAS DE COMPORTAMIENTOS ENTRE UNAS Y OTROS. LA DESAGREGACIÓN DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS POR SEXO ES UN INDICADOR BÁSICO QUE DA PASO A OTROS INDICADORES EXPLICATIVOS DE LA REALIDAD.

Mainstreaming (ver “Transversalidad de la perspectiva de género”).

Participación equilibrada Todas las listas electorales, todos los puestos de representación y decisión política, no puede estar compuesta por más del 60% ni menos del 40% de cualquiera de los dos sexos.

Patriarcado.

La antropología ha definido el patriarcado como un sistema de organización social en el cuál los puestos clave de poder, tanto político, como religioso, social y militar se encuentran, de forma exclusiva y generalizada, en manos de los hombres.

Planes de Igualdad en las empresas Conjunto ordenado de medidas que se acuerda a la vista del diagnóstico de situación, realizado para alcanzar en la empresa la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y eliminar la discriminación por razón de sexo.

Segregación horizontal.

Concentración de mujeres y/o de hombres en sectores y empleos específicos. Es lo que se conoce como “trabajos típicamente femeninos” (secretarias, enfermeras, maestras, etc.) y “trabajos típicamente masculinos” (mecánicos, conductores, etc.)

Segregación vertical.

Concentración de mujeres o de hombres en grados y niveles específicos de responsabilidad, puestos de trabajo o cargos. Se habla de segregación vertical a mismo nivel de formación y experiencia laboral se opta por la candidatura masculina para los puestos de jefatura o dirección.

Sexo.

Elementos que constituyen las diferencias entre machos o hembras. En las personas se refiere a las diferencias biológicas (anatómicas y fisiológicas) entre hombres y mujeres que hacen posible la reproducción. Son universales y coinciden en todo tiempo y cultura.

Sororidad.

Esta palabra alude a la hermandad entre mujeres, y por lo tanto puede definirse como el pacto asumido por las mujeres para disminuir la brecha que existe entre su condición propia y la de los hombres.

Transversalidad de la perspectiva de género.

Es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros.

Violencia de género.

Todo tipo de violencia ejercida mediante el recurso o las amenazas de recurrir a la fuerza física o al chantaje emocional, incluyendo la violación, el maltrato de mujeres, el acoso sexual, el incesto y la pederastia.

Violencia doméstica.

Toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia; recurso a la fuerza física o al chantaje emocional; amenazas de recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o el hogar. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo.

EL NUEVO CONTRATO SOCIAL

Índice:

- Pasemos a la acción: compromiso de mejora.
- Ya sé lo que tengo que hacer: estrategias para conseguirlo.
- Estrategias de mediación en conflictos familiares.
- Formalización de compromiso de cambio y apoyo mutuo.

Pasemos a la acción: compromiso de mejora.

El cuidado de una persona mayor en situación de dependencia es un proceso temporalmente extenso, durante el cual la situación de cuidados cambia pero también van cambiando otros aspectos de la vida familiar que van a marcar el ritmo de nuestras vidas y la forma de proveer el cuidado. *Ser prácticos/as y realistas ayuda.*

Algunos puntos para la reflexión.

Detección de necesidades actuales:

1. ¿Actualmente tengo capacidad para asumir el cuidado responsable de mi familiar?
2. ¿Verdaderamente realizo un cuidado equilibrado o cuido a costa de mi salud, de mi familia o de otros aspectos fundamentales de mi vida?
 - ¿En qué grado realizo un cuidado responsable?
 - ¿En qué grado me cuido para cuidar mejor?

Manual Cuidarela

- ¿En qué grado concilio el cuidado con mi vida personal, de pareja, familiar, laboral y social?
- 3. ¿En qué grado el cuidado ocupa/marca mi realidad, configura mi personalidad y da todo el sentido a mi vida?
- 4. ¿Valoro todas las posibilidades y entorno de cuidado?
- 5. ¿Cuáles son mis propias barreras personales para ejecutar el cuidado equilibrado?
- 6. ¿Cuáles son las principales dificultades que tengo?
- 7. ¿Qué aspectos podrían ser susceptibles de mejorar?
- 8. ¿Cuáles serían los aspectos más fáciles de introducir?
- 9. ¿Cuáles serían los cambios más importantes?
- 10. ¿Cómo y cuándo podría introducir los cambios?

Detección de Necesidades Futuras:

Anticiparnos a los problemas es una buena forma de cuidar a nuestro familiar y de cuidarnos. Prever las situaciones difíciles nos puede evitar muchos problemas y para ello es bueno planificar el futuro. Es conveniente hacerlo cuanto antes involucrando a nuestro familiar en todas las decisiones posibles (económicas, legales, etc.) y tomando decisiones antes de que la situación sea crítica (traslado a una residencia, agravamiento de una enfermedad...).

¿Cómo planificar el futuro?:

- Mantener reuniones familiares.
- Consultar con otras personas: amigos, profesionales...
- Asegurar la atención de nuestro familiar.
- Utilizar un mediador ajeno a la familia en caso de conflicto.

Ya sé lo que tengo que hacer: Estrategias para conseguirlo.

Ya sé lo que tengo que hacer ¿por qué no lo hago?:

No basta con saber lo que tengo que hacer, sino que debería ser capaz de ponerlo en práctica. Siempre habrá situaciones que nos dificulten su realización:

- Llevarlo a la práctica nos supone realizar un esfuerzo y trabajo extra.
- Supone realizar cambios en nuestra vida.
- No tenemos tiempo.
- No nos acordamos, se nos olvida.
- Me es más fácil hacer lo que siempre he hecho: “nada”.

La única forma de sentirnos mejor y producir cambios es practicar y ser constantes. Para ello lo mejor es empeñarse en aprender con la práctica poco a poco. Contemos con las dificultades y pensemos cómo vamos a hacer para superarlas y así conseguir hacer aquello que sabemos que es bueno para nosotros/as.



Claves para facilitar la introducción de mejoras “si quiero puedo”:

- Debe concienciarse: la única forma de cambiar es con esfuerzo y constancia.
- Realice una lista de motivos por los que quiere introducir los cambios.
- Realice una lista de lo que puede significar en su vida poner en práctica estos cambios.
- Realice otra lista de lo que supone no realizar las mejoras.
- Tenga estas razones siempre a mano leyéndolas todos los días.
- Diseñe un plan para asegurarse la puesta en marcha de las mejoras.
- Tenga claro ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Con quién?
- ¿Qué apoyos necesitas y de quién?
- Felicítese cada vez que utilice una técnica. Observe sus consecuencias.
- Tenga paciencia, todo aprendizaje y cambio al principio resulta difícil pero poco a poco con la práctica se mejora.
- Seleccione los cambios que desea introducir en su vida para sentirse mejor. Realice estos cambios de uno en uno, nunca todos a la vez. Sepa que para ello necesita tiempo.
- Siéntase orgulloso/a de poder introducir cambios que mejoran el cuidado equilibrado de su familiar (cuidado responsable, autocuidado personal y conciliación y corresponsabilidad en el cuidado).

- Sea realista: No se sienta mal por lo que piensa y por su situación concreta “en todas las casas cuecen habas y en la mía calderadas”.
- Siéntase orgulloso/a de gestionar de manera inteligente su situación concreta.

Estrategias de mediación en conflictos familiares.

Existen situaciones que enrarecen la relación como, por ejemplo, que no nos ayuden a cuidar de nuestro familiar todo lo que desearíamos, agobiarnos y ahogarnos en nuestros propios problemas, o sentirnos poco reconocidos/as. Pensar en los siguientes aspectos nos ayudarán a salir mejor de este trance:

- **No victimizar:** No somos víctimas únicas, todos tenemos problemas, problemas que se resuelven. No agobiamos a los demás con nuestras propias ansiedades constantemente, los demás tienen sus propios problemas. Podemos mostrar nuestros sentimientos pero sin reincidentir ni culpabilizar a nadie.
- **Ponernos en el lugar de la otra persona:** Entender qué es lo importante para él/ella, cuáles son sus problemas, pensar que cada uno tiene sus razones para comportarse de una manera u otra.
- **Procurar tiempo y espacio para mantener la relación.**
- **Aprovechar el tiempo en conjunto para disfrutar y no para amargar.** Si el poco tiempo que tenemos lo dedicamos a reproches, enfriaremos la relación y nos perderemos información importante sobre sus vidas.

- *Mostrar cariño y aprecio.*
- *Solicitar cambio de conducta y ayuda de forma positiva.*
- *Interesarnos por sus éxitos, por sus aficiones, por sus problemas.*
- *Mostrarles apoyo incondicional:* Deben sentir que tendrán nuestro apoyo siempre aunque se equivoquen.
- *Respetar su vida:* entender que somos una parte importante pero no toda su vida. Igual que nosotros/as, necesitan tener una parcela para sí, otra para la pareja, otra para los hijos e hijas, otra para las amistades, etc.



Para facilitar la corresponsabilidad en el cuidado y favorecer un reparto equilibrado de las tareas de cuidado, resulta práctico establecer desde el principio dinámicas de toma de decisiones conjuntas partiendo de *reuniones familiares* donde estén *presentes todas las personas* que se quiera involucrar en las tareas de cuidado y donde se analice la situación actual y futura, tengan el vínculo familiar que tengan.

Sesiones de Conciliación Familiar:

(Se recomienda utilizar una mediación ajena a la familia en caso de conflicto.)

- Establezca un tiempo y lugar donde cada miembro de la familia hable de cómo ve el problema por turnos.
- Escuchar y hacer preguntas tendentes a obtener información (por ejemplo pedir ejemplos concretos ante una queja vaga o general).
- Manifestar nuestro entendimiento de su situación.
- Realizar un resumen de las quejas/visión de cada persona.
- Finalizar con un proceso de resolución de problemas: ¿Existe una fórmula donde todo el mundo se encuentre incluido? ¿Cómo vamos a afrontar el cuidado de manera equilibrada (asegurar cuidado responsable/ autocuidado de la persona cuidadora principal/ Conciliación vida personal, de pareja, familiar laboral y social)?
- Compromiso de cada miembro familiar y puesta en práctica.

Técnica para facilitar la toma de decisiones difíciles/ solución de problemas:

- ¿Cuál es el problema concretamente?
- Liste todas las soluciones que se le pasen por la cabeza.
- Valore ahora cada solución:
 - Es viable.
 - Qué consecuencias tiene a corto plazo.
 - Qué consecuencias tiene a largo plazo.
- Es posible realizar varias soluciones a la vez.
- Elija la solución/es más adecuadas a la vista de lo anterior
- Póngalas en práctica.
- Valore los resultados y si es necesario empiece de nuevo.

Recuerde: Al tomar cualquier decisión asumimos riesgos de acertar y de equivocarnos, pero si no tomamos decisiones nunca solucionaremos los problemas.



Proceso de Cambio:

- Reparto de tareas domésticas.
- Cuidado desequilibrado.
- Proceso de implicación afectivo.
- Realizar un ajuste de: necesidades, diferencia de deseos, objetivos y valores.
- Incorporar en la valoración a todo el núcleo familiar.
- Intentar superar las barreras de la desigualdad.

Alternativas:

- Pedir ayuda.
- Poner límites al cuidado.



