

EL CUIDADO EQUILIBRADO COMO MODELO INTEGRADOR EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DIRIGIDO A LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: INTERVENCIÓN CON PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS



CEU
*Universidad
San Pablo*



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

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

Dirección y coordinación

Unión Democrática de Pensionistas (UDP)

Organismo participante

UDP en colaboración con la Universidad CEU San Pablo

Financia

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Convocatoria
Otros Fines de Interés Social

Equipo Técnico

Modelo teórico/Intervención

María Dolores Ortiz Muñoz y Teresa Martínez Aparicio (UDP)

Metodología investigación

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

Sede central

Departamento de Dirección y Administración c/Alcalá, 178 bajo
28028 Madrid. Teléfono 915420267 Fax 915427735

Web: www.mayoresudp.org

Email: udp@mayoresudp.org

INDICE

EFICACIA PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA SALUD DE FAMILIARES DE PERSONAS A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN CON PROFESIONALES	3
1. Marco teórico	4
2. Descripción del programa	7
3. Descripción de participantes	16
4. Valoración Pre-intervención	20
5. Valoración Post-intervención	61
6. Valoración del programa. Cuestionario de satisfacción	70
7. Limitaciones	74
8. Algunas recomendaciones para las acciones futuras	76
REFERENCIAS	78

EFICACIA PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA SALUD DE FAMILIARES DE PERSONAS A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN CON PROFESIONALES

1. MARCO TEÓRICO

Este proyecto se enmarca dentro del desarrollo del **Modelo Teórico del "Cuidado Equilibrado"** (Ortiz y Martínez 2013), modelo aplicable necesariamente en la organización del cuidado de larga duración.

Contempla organizar el cuidado teniendo en cuenta sus tres ejes fundamentales:

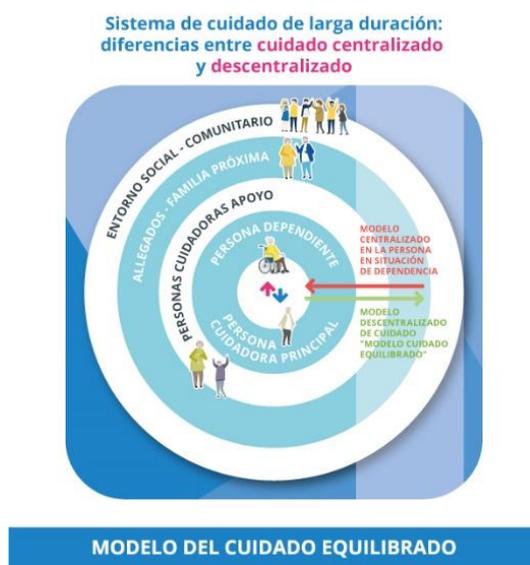
1. Asegurar un **cuidado responsable de la persona mayor en situación de dependencia**.
2. Asegurar el **cuidado de la persona cuidadora principal** ofreciendo **oportunidad y ocasión** para que se pueda cuidar.
3. Favorecer la **conciliación y corresponsabilidad del cuidado**. Supone que el cuidado permita "vivir cuidando", conciliar el cuidado con la vida personal, de pareja, familiar, laboral .

El modelo **incorpora de manera transversal la perspectiva de género en el cuidado**. La **organización del cuidado** se concibe como un sistema "**el sistema de cuidado de larga duración**" donde se recomienda que **para que sea equilibrado se descentralice el cuidado**. O, dicho de otra manera, las responsabilidades sean compartidas por todo el sistema y la responsabilidad de cuidar no sea entendida como responsabilidad exclusiva familiar y por tanto recaiga sobre una única persona, la persona cuidadora principal, teniendo en cuenta los diferentes modelos de familias coexistentes actualmente las necesidades de apoyo diferenciales.

En el centro del sistema de cuidado ubicamos la relación de cuidado (relación establecida entre la persona en situación de dependencia y la persona cuidadora principal), y progresivamente se reconoce el valor y función de otros agentes del cuidado como son las personas cuidadoras que apoyan en el cuidado, los allegados, familia próxima y del entorno social-comunitario, todos ellos con una función y poder para favorecer presiones o aliviar cargas.

En concreto, en el cuidado de larga duración resulta imprescindible avanzar hacia la descentralización del cuidado, reconocer que todos/as tenemos una responsabilidad. La intervención con profesionales se enmarca en esa aportación fundamental del entorno social-comunitario donde los servicios de salud, los servicios de servicios sociales generales y/o especializados que pueden favorecer una organización funcional/disfuncional en el cuidado. La intervención que a continuación se desarrolla contribuye a favorecer que los profesionales sociosanitarios contribuyan a descentralizar el cuidado.

El programa se enmarca dentro de la **“Promoción y prevención de la salud en personas cuidadoras familiares promoviendo la sensibilización de los profesionales sociosanitarios hacia el “Modelo de Cuidado Equilibrado”**. La experiencia acumulada en investigación e intervención práctica, nos permite afirmar la **urgencia de incorporar actuaciones con otros miembros del sistema de cuidado**. Abrir nuevos escenarios de intervención en este caso con profesionales, supone avanzar en el conocimiento de la realidad del cuidado en dependencia fomentando la implementación de otros programas innovadores, eficaces y eficientes, para la prevención y promoción de la salud en personas cuidadoras familiares de mayores en situación de dependencia.



Las consecuencias derivadas de asumir el cuidado son frecuentemente reflejadas en múltiples estudios y literatura científica especializada, datos corroborados y ampliamente descritos en nuestro estudio sobre el programa “Cuida-relax”. Se puede afirmar que **existen estilos de organización del**

cuidado más saludables que otros. Algunos estilos de organización del cuidado son disfuncionales, favorecen desequilibrios en el cuidado y por tanto ponen en riesgo entre otros aspectos, la salud integral de las personas cuidadoras familiares. Problemas de salud que afectan principalmente a mujeres, aunque no de manera exclusiva. El fenómeno de la feminización del cuidado es de tal calibre que lo encontramos no solo dentro del contexto familiar, sino también dentro de las profesiones del cuidado. Es ineludible, por tanto reflexionar sobre los aspectos de género que de manera transversal están implicados en el cuidado, en la toma de decisiones e inclusive en la promoción de la salud en los familiares cuidadores.

El objetivo prioritario es favorecer **estilos de organización del cuidado que promuevan un envejecimiento saludable, el desarrollo de las personas cuidadoras en una sociedad más justa e igualitaria**. Destacar la prioridad de **disminuir los problemas de salud en general** pero especialmente los vinculados a la **salud mental** como son la **depresión, la ansiedad o el estrés crónico**. Pero también de **incrementar** la posibilidad de experimentar **sentimientos satisfactorios** vinculados al cuidado. Es labor de toda una sociedad aceptar que **cuidar no es solo una responsabilidad individual** enmarcada en la intimidad de las familias, sino que es una **responsabilidad compartida**. La intervención cuenta con **valor sanitario añadido**, ya que aporta beneficios de dimensiones de valor social, económico o político. En definitiva invertir en promoción salud contribuye también al desarrollo social y económico de nuestra sociedad.

Los profesionales son promotores salud, y por tanto promotores de estilos funcionales o disfuncionales de organización del cuidado. Las creencias, concepciones y valores propios de estudiantes y profesionales influirán en sus prácticas posteriores. De ahí la importancia de fortalecer las actitudes positivas y tratar de aminorar o eliminar aquellas negativas mediante un mayor conocimiento de los aspectos preventivos y de la promoción de la salud. El estudio que aquí se presenta pretende ampliar el conocimiento sobre las **necesidades formativas** de estos profesionales en la educación de **capacitación profesional pregrado, postgrado y formación continua**. Propone y valida el diseño de una intervención práctica. Las actitudes son predisposiciones de las personas en reaccionar positiva o negativamente hacia un concepto en este caso se trata de fomentar la sensibilización de un cuidado equilibrado en profesionales sociosanitarios.

Incorpora intervenciones con participantes de todo el ámbito nacional. Está dirigido a profesionales / estudiantes de profesiones sociosanitarias en el ámbito de la salud, de los servicios sociales y/o servicios sociosanitarios (residencias, centros de día y ayuda a domicilio). Se diferenciaron dos perfiles profesionales por nivel de cualificación profesional 1) Equipos técnicos 2) Personal de atención directa.



2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El presente informe presenta el desarrollo y los resultados del estudio "Sensibilización de un cuidado equilibrado en profesionales sociosanitarios" enmarcado dentro del proyecto de investigación "Investigación sobre el Cuidado Equilibrado, como modelo integrado en la atención a la dependencia: posibilidad y desarrollo". Este proyecto se ha llevado a cabo en diferentes regiones de España durante el año 2020, ampliándose el mismo hasta el mes de abril de 2021 y financiado a través de la convocatoria del 0,7% de IRPF 2019, de "otros fines de interés social".

El objetivo principal de este programa de intervención es sensibilizar a los profesionales sociosanitarios acerca de la importancia del cuidado equilibrado en familiares de personas en situación de dependencia. Para ello, se va a seguir el modelo de cuidado equilibrado de Martínez y Ortiz (2013) el cual ha demostrado su validez con cuidadores de familiares en situación de dependencia mayores y que incluye las siguientes dimensiones: cuidado responsable de la persona mayor desde la perspectiva del buen trato, el autocuidado del cuidador desde una perspectiva integral (salud física, psíquica y emocional) y la

corresponsabilidad en la asunción y reparto de tareas que afectan al conjunto de la familia y el entorno, desde la perspectiva de género.

Las intervenciones se han realizado de manera online, debido a la situación de crisis sanitaria por la pandemia por la COVID-19. El programa de intervención incluye Sesiones Formativas y Talleres tal y como se describe más adelante.

2.1. FASES DEL PROGRAMA

a) EVALUACIÓN PRE-INTERVENCIÓN

La captación de la muestra (profesionales sociosanitarios procedentes de distintas regiones de España) fue realizada por los equipos de zona. Se informó a los potenciales participantes del propósito del estudio, horarios y de la estructura y normas de la intervención. A aquellos profesionales sociosanitarios que aceptaron participar en el estudio se les administraron una serie de cuestionarios previo a la intervención vía online a través de la plataforma *Google Forms*. En dicha plataforma se incluía además el documento de información del estudio y consentimiento informado el cual los participantes debían aceptar antes de continuar a la fase de cumplimentación de los cuestionarios.

Las variables evaluadas fueron las siguientes:

Variable	Escala empleada	Subescalas
Actitudes de Cuidado Equilibrado	Actitudes favorables al modelo de cuidado equilibrado de Ortiz, Aparicio, Noriega y López (2019).	<ul style="list-style-type: none"> - Género: actitudes que fomentan el cuidado desde la igualdad de género. - Afrontamiento adaptativo: actitudes que fomentan el cuidado equilibrado desde los autocuidados y la conciliación - Totales

Actitudes de Género	Cuestionario de Actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG, Solá, Benlloch, & Meliá, 2003).	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes Género Privado: Creencias en diferencias de género en el ámbito público - Actitudes Género Público: Creencias en diferencias de género en el ámbito público
Pensamientos Disfuncionales	Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales sobre el cuidado (CPD, Losada, Montorio, Izal, & Márquez, 2006).	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos Disfuncionales de Entrega-Aislamiento - Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia emocional-responsabilidad - Pensamientos Disfuncionales Totales
Estereotipos negativos	Cuestionario de estereotipos negativos hacia las personas mayores (CENVE; Mena et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación-social - Personalidad-carácter - Salud - Total
Calidad de Vida del profesional	Professional Quality of Life Questionnaire (QPL-35; Martín et al., 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga laboral - Motivación intrínseca - Apoyo de gerencia - Total
Estrés Laboral	Cuestionario de contenido de trabajo de Karasek (JC; 1985)	<ul style="list-style-type: none"> - Control - Exigencias - Apoyo social - Total
Burnout	Inventario de Burnout de Maslach (MBI; Maslach et al., 1996).	<ul style="list-style-type: none"> - Agotamiento Emocional - Despersonalización - Realización Personal

b) INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

La intervención psicoeducativa se llevó a cabo de manera **online** a través de una plataforma diseñada específicamente para ello denominada **"Portal de Investigación sobre Cuidado Equilibrado-PICE"**.

En este portal se incluían: materiales formativos, sesiones formativas y talleres en directo tal y como se describe a continuación.

Materiales Formativos	Sesiones Formativas	Talleres en Directo
Memoria Cuidarela Presentación Proyecto El Cuidado Equilibrado como modelo integrador Resultados Efficacy of an Intervention Program based on a Brief Cognitive-Behavioral Psychoeducation Presentaciones de los cinco módulos de las sesiones formativas	Módulo 1. Visualización de necesidades Módulo 2. Aprender a sentirnos bien Módulo 3. El buen trato responsable Módulo 4. Prevención y Promoción de la salud Módulo 5. Compromiso con el cambio	Taller 1. Redes sociales y medios de comunicación Taller 2. Tu capacidad de neutralizar el impacto de los medios sociales Taller 3. El cambio desde tu responsabilidad personal Taller 4. Potenciar y valorar el cambio de actitudes en el cuidado diario

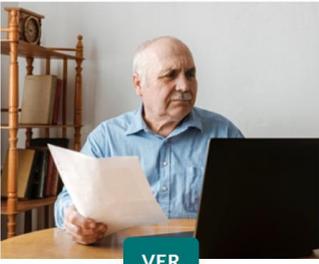
b.1. SESIONES FORMATIVAS

Las sesiones formativas incluían cinco módulos con sus respectivas presentaciones, vídeos formativos y autoevaluaciones a través de diversos juegos.



VER

Presentación



VER

Vídeos



VER

Juegos

Módulo 1: "Visualización de necesidades"

El objetivo de este primer módulo es mostrar por qué es necesario cambiar el paradigma en el cuidado y la importancia de la promoción de la salud de los cuidadores familiares de personas mayores en situación de dependencia.

Este módulo incluye materiales de apoyo, 7 vídeos formativos (píldoras) y 1 autoevaluación (a través del juego *Boom*). Los contenidos de este módulo son los siguientes:

- Introducción
- Datos de interés
- Consecuencias del cuidar
- Modelo teórico del cuidado equilibrado
- Principales barreras en el cuidado
- Programa de prevención y promoción de la salud
- Testimonios y experiencias

Módulo 2: "Aprender a sentirnos bien"

El objetivo de este módulo es resaltar cómo las emociones, cogniciones y situaciones afectan a las personas cuidadoras y todo el sistema de cuidado y qué barreras y esquemas pueden bloquear el cambio. Contra estos bloqueos y barreras, se destaca la importancia del cambio de paradigma en el cuidado y la importancia de la promoción de la salud de los cuidadores familiares de personas mayores en situación de dependencia.

Este módulo incluye materiales de apoyo, 7 vídeos formativos y autoevaluación (a través del juego *ahora caigo*). Los contenidos son los siguientes:

- Introducción
- Datos de interés
- Consecuencias del cuidar
- Modelo teórico del cuidado equilibrado
- Principales barreras en el cuidado
- Programa de prevención y promoción de la salud
- Testimonios y experiencias

Módulo 3: "El buen trato responsable"

Este módulo pretende resaltar el tiempo de cuidado de larga duración es prolongado y por ello es necesario hacer ajustes en función de cómo vaya evolucionando la enfermedad y las circunstancias. La flexibilidad, los límites y el buen trato como responsabilidad de todos y todas son aspectos claves a destacar.

Este módulo incluye materiales de apoyo, 7 vídeos formativos y 1 autoevaluación (a través del juego de la ruleta). Los contenidos son los siguientes:

- Introducción
- Datos de interés
- Consecuencias del cuidar
- Modelo teórico del cuidado equilibrado
- Principales barreras en el cuidado
- Programa de prevención y promoción de la salud
- Testimonios y experiencias

Módulo 4: "Prevención y promoción de la salud"

Este módulo muestra qué son las actitudes, por qué es importante trabajar con las actitudes y su relación con la promoción de la salud a través del modelo de cuidado equilibrado.

Este módulo incluye materiales de apoyo, 3 vídeos formativos y 1 autoevaluación (a través del juego trivial). Los contenidos son los siguientes:

- Introducción
- Las actitudes en el cuidado equilibrado
- Aspectos del proceso de cambio

Módulo 5: "Compromiso con el cambio"

Este módulo tiene como objetivo reflejar claves para que los profesionales puedan comprometerse con el cambio de paradigma en la promoción de los cuidados desde una perspectiva más igualitaria y saludable, teniendo en cuenta la situación actual de pandemia de la COVID-19.

Este módulo incluye materiales de apoyo, 7 vídeos formativos y 1 autoevaluación (a través del juego palabra secreta). Los contenidos son los siguientes:

- Introducción
- La COVID-19 y el cambio de modelo de cuidados
- Avanzar en descentralizar el cuidado
- Corregir desequilibrios en el sistema

- Principales barreras
- Herramienta de “Escala de Actitudes”
- ¿Qué podemos hacer los profesionales para contribuir al cambio?

b.2. TALLERES EN DIRECTO

Se realizaron 4 talleres, de los cuáles dos estaban dirigidos a equipos técnicos profesionales y los otros dos a personal de atención directa-auxiliares. Los talleres fueron los siguientes:

Taller 1. “Redes sociales y medios de comunicación”

Este taller está dirigido a equipos técnicos profesionales. Su objetivo es reflejar el papel de los medios de comunicación como agentes socializadores de cambio de actitudes. Se reflejan ejemplos de noticias publicadas en medios de comunicación en las que se ofrece una visión negativa y sesgada de los servicios de cuidado formales. Partiendo de estos ejemplos, se invita a la reflexión acerca de cómo se sienten y se han podido sentir las personas mayores durante la pandemia y cómo puede verse influido el cuidado con estas noticias, teniendo en cuenta la perspectiva de género. Para contrarrestar esta visión sesgada y generalmente negativa ofrecida por los medios de comunicación, se anima a los profesionales técnicos a ser agentes de cambio promoviendo conciencia social y promocionando un modelo de cuidado equilibrado que cuide de la salud de los familiares de personas mayores en situación de dependencia.

Taller 2. “Tu capacidad de neutralizar el impacto de los medios sociales”

Este taller está dirigido a personal de atención directa-auxiliares. Su objetivo es reflejar el papel de los medios de comunicación como agentes socializadores de cambio de actitudes. Los medios de comunicación generan corrientes de opinión y promocionan actitudes y comportamientos en la sociedad. Muchas veces los medios de comunicación, y más durante esta pandemia, han transmitido y transmiten miedos, desconfianzas e inseguridades hacia los servicios formales de cuidado (ej: residencias). La confianza en los servicios es fundamental para poder brindar un cuidado equilibrado. Por tanto, es importante romper con esta visión negativa que muchas veces se observa en

las personas que necesitan cuidados y sus familias, ya que estos servicios son muchas veces necesarios para garantizar el bienestar de la persona en situación de dependencia y aminorar el impacto del cuidado en las personas cuidadoras. Ante esta situación, en este taller se dan pautas para que el personal de atención directa pueda ayudar en la gestión emocional de las familias transmitiéndoles profesionalidad, seguridad y confianza con el objetivo de aminorar sus miedos e inquietudes y puedan así confiar en estos servicios.

Taller 3. "El cambio desde tu responsabilidad profesional"

Este taller está dirigido a equipos técnicos profesionales. Su objetivo es generar cambio en el modelo de cuidados desde la responsabilidad del profesional. Para ello, se muestra una escala de detección de actitudes en línea con el modelo de cuidado equilibrado y cómo estas actitudes se relacionan con una menor presencia de pensamientos disfuncionales de autoexigencia emocional-responsabilidad y entrega-aislamiento del cuidador. Asimismo, se muestran resultados de los cambios producidos en intervenciones previas focalizadas en el cambio de actitudes en cuidadores de familiares en situación de dependencia. Por último, se propone qué aspectos son importantes para generar cambio en actitudes en la sociedad actual hacia un modelo más equilibrado y la importancia del compromiso del profesional para que este cambio tenga lugar, generando cambio primero en uno mismo, ofrecer oportunidades para cuidado, hacer visible lo invisible y desarrollar programas que promuevan un cambio de paradigma.

Taller 4. "Potenciar y Valorar el cambio de actitudes en el cuidado diario"

Este taller está dirigido a personal de atención directa-auxiliares. Su objetivo es generar cambio en el modelo de cuidado desde la responsabilidad del profesional. Para ello, se refleja la importancia de las actitudes en los pensamientos y emociones de las personas y cuáles son los elementos a tener en cuenta para generar cambio de actitudes. Se hace especial énfasis en la importancia del lenguaje para generar cambio de actitudes y la importancia de tener en cuenta la perspectiva de género. Partiendo de lo anterior, se reflexiona con los participantes qué pueden hacer desde su rol como profesionales de atención directa para generar un cambio actitudinal en línea con un modelo equilibrado de cuidados.

c) EVALUACIÓN POST-INTERVENCIÓN

Al finalizar la intervención psicoeducativa, los participantes debían contestar de nuevo a los cuestionarios para poder evaluar si las actitudes hacia el cuidado y demás variables evaluadas se modificaban después del programa.

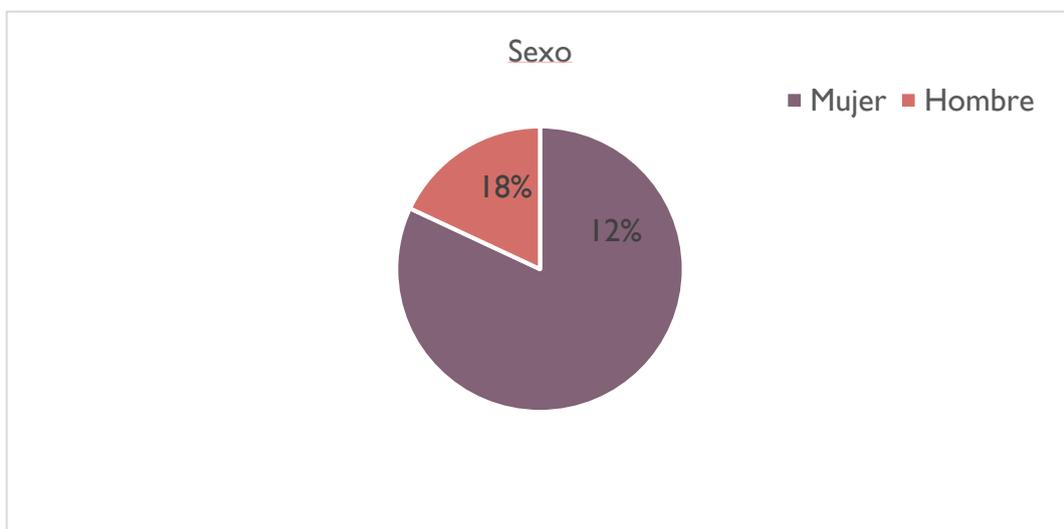
d) SEGUIMIENTOS

Para evaluar si los resultados se mantienen o cambian a lo largo del tiempo, un mes después de realizar la intervención se contactó con los participantes para que contestaran de nuevo a los cuestionarios. Además, se les administró un cuestionario de satisfacción con el programa.

3. DESCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES

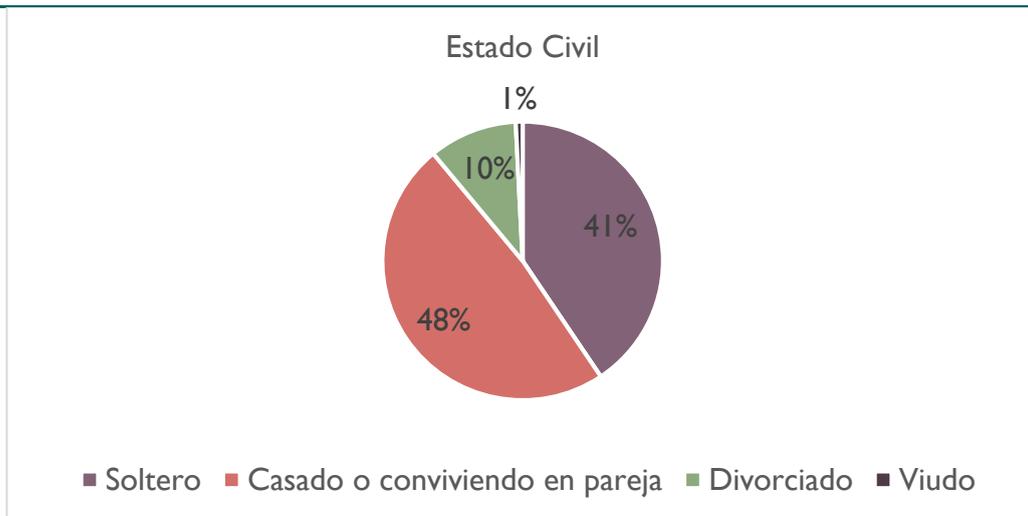
En el proyecto han participado un total de 128 personas.

De las 131 personas que han participado en el proyecto de investigación, el 82% eran mujeres (108 personas) y el 18% varones (23 personas). Estos datos muestran que hay una mayor participación de profesionales sociosanitarios en la población femenina.

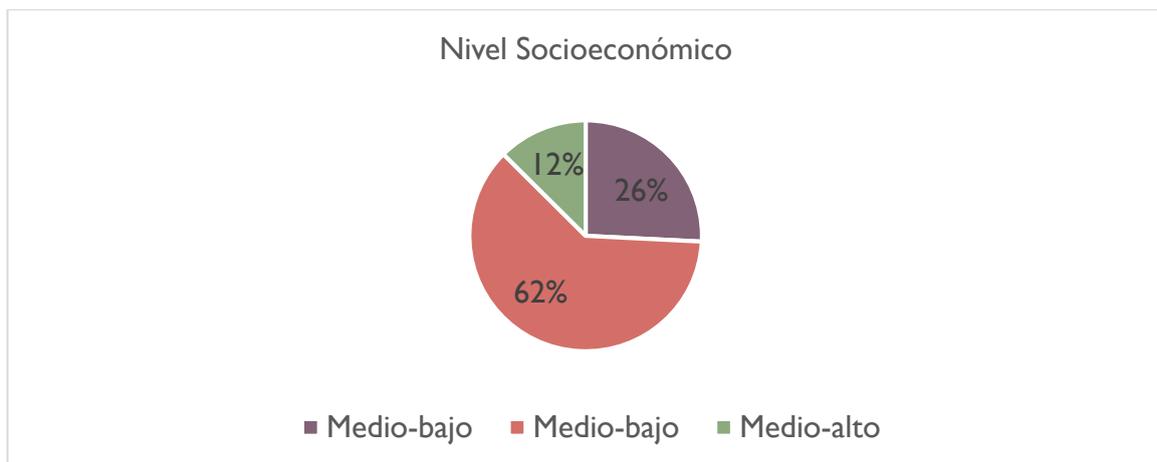


El promedio de edad de las personas participantes ha sido de 40,16 años, estando las edades de los participantes comprendida entre 20 y 65 años.

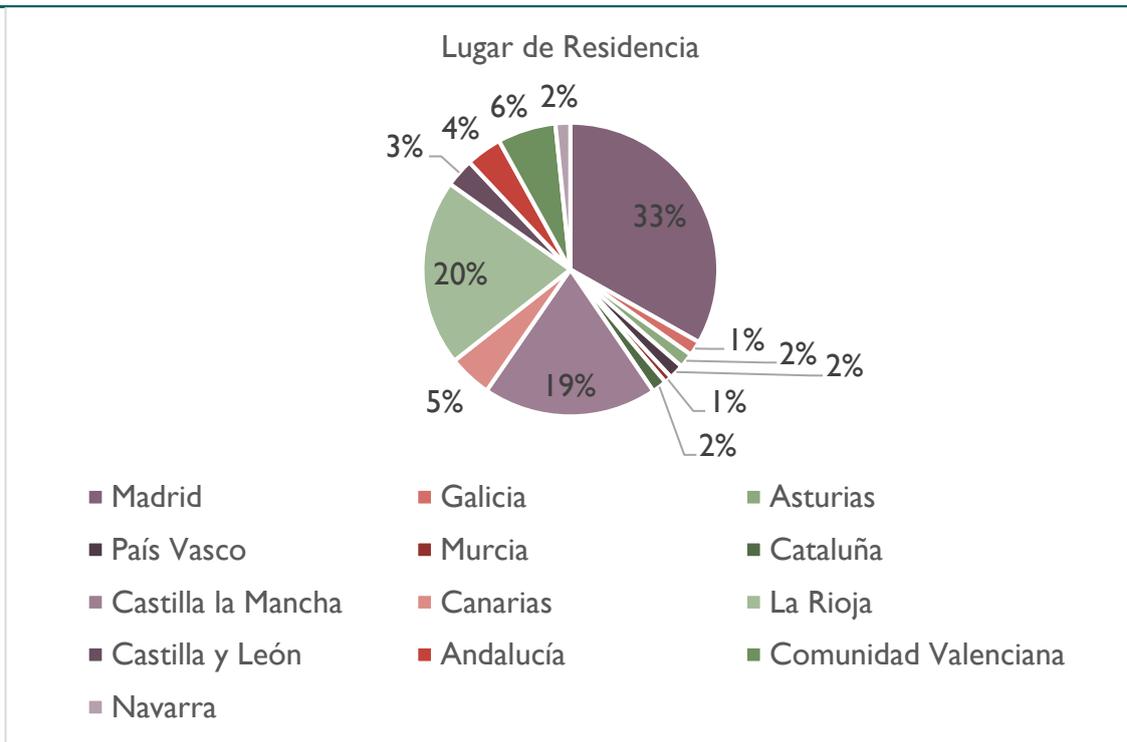
En cuanto al estado civil, la mayoría estaban casadas o convivían con su pareja (48,4%), seguido de separados o divorciados (10,2%), solteros (40,6%) y viudos (0,8%).



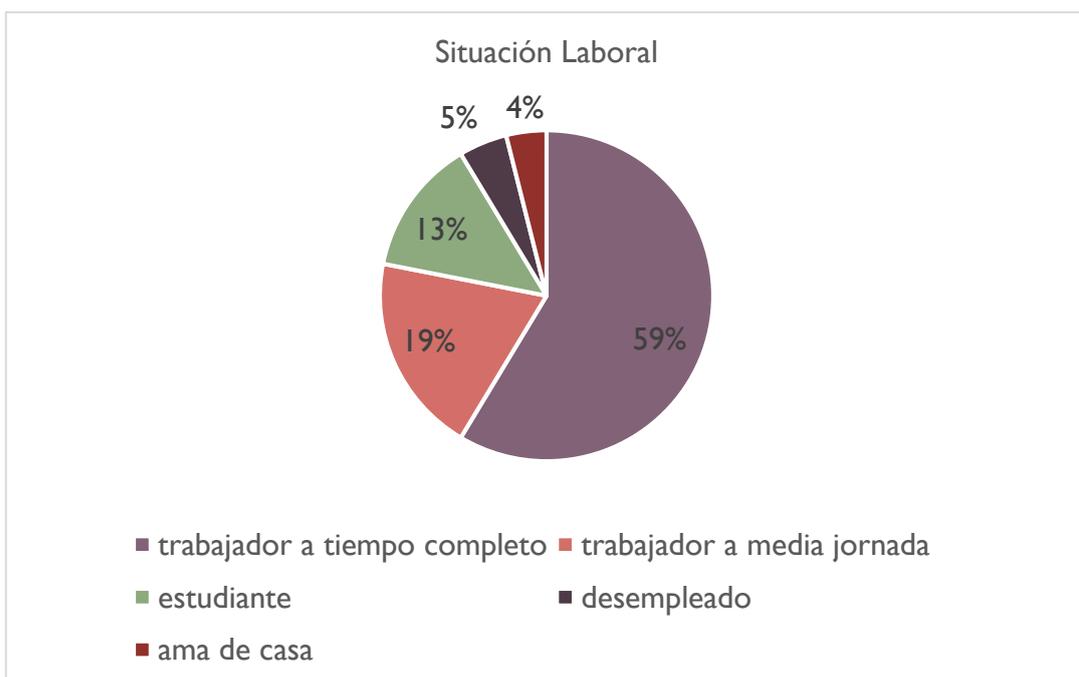
En cuanto al nivel socioeconómico, el 61,7% se identificaron con un nivel medio, el 25,8% medio-bajo y el 12,5% medio-alto.



El lugar de procedencia de los participantes se distribuye en distintas zonas de España, salvo dos participantes provenientes de Argentina. Por Comunidades Autónomas, la distribución es la siguiente: Madrid (32,8%), La Rioja (20,3%), castilla la Mancha (18,8%), Comunidad Valenciana (6,3%), Islas Canarias (4,7%), Andalucía (3,9%) Castilla y León (3,1), Galicia (1,6%), Asturias (1,6%), País Vasco (1,6%), Cataluña (1,6%), Navarra (1,6%) y Murcia (0,8%)

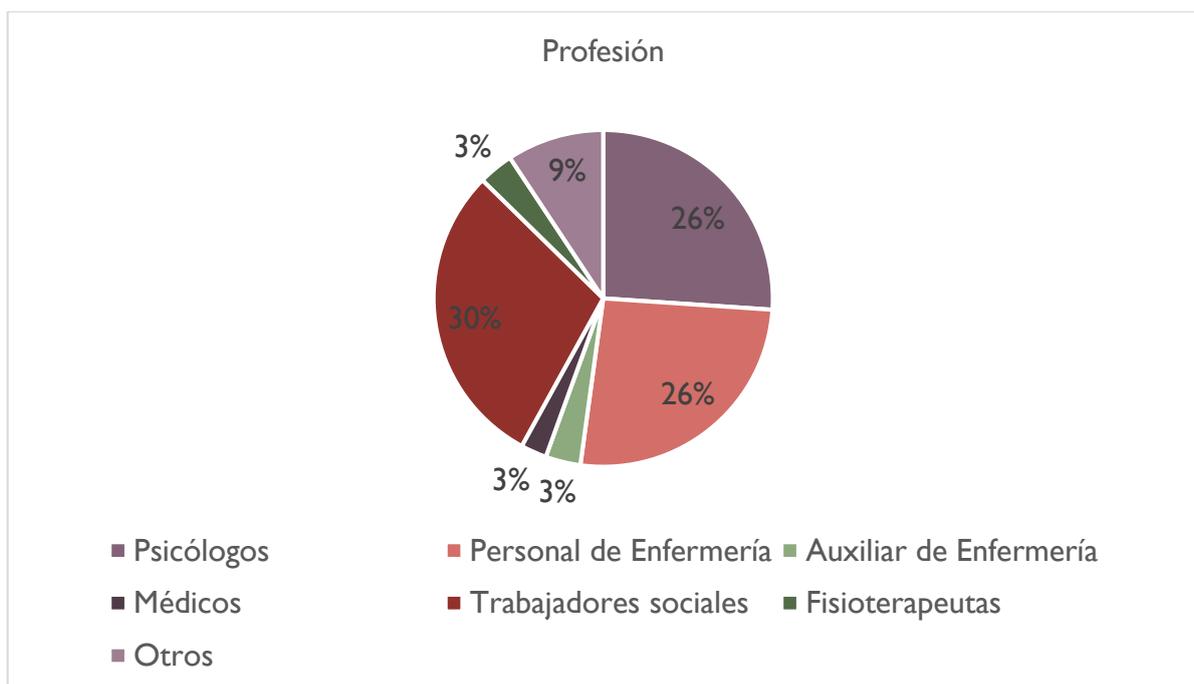


Respecto a la situación laboral, el contar con un contrato a jornada completa es la situación más común (58,6%), seguida del trabajo a tiempo parcial (22,2%), estudiantes (13,3%), desempleados (4,7%) y amas de casa (3,9%).



La experiencia media de los participantes con personas mayores se sitúa en alrededor de **8,4 años**, observándose variaciones significativas entre unos participantes y otros habiendo algunos con ninguna experiencia con personas mayores y otros que alcanzan hasta los 30 años de experiencia.

Por último, respecto a especialidad, se observa una mayor participación de **trabajadores sociales** (27,3%), **psicólogos** (24,2%) y **auxiliares** (24,2%). Asimismo, participaron **enfermeros** (3,1%), **fisioterapeutas** (3,1%), **médicos** (2,3%) entre otros (8,6%).



4. VALORACIÓN PRE-INTERVENCIÓN

4.1. PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LAS VARIABLES OBJETIVO

A continuación, se describen las puntuaciones obtenidas en las variables objetivo (actitudes hacia el cuidado equilibrado, actitudes de género y pensamientos disfuncionales hacia el cuidado) así como en variables relacionadas (estereotipos hacia personas mayores, calidad de vida del profesional, estrés laboral) y la interpretación de las mismas.

a) Cuidado Equilibrado

Las puntuaciones obtenidas reflejan **un nivel moderado de actitudes tanto de afrontamiento apropiado como de género** relacionados con el cuidado equilibrado. En la siguiente tabla 30 se observan las puntuaciones medias y desviaciones típicas.

Tabla 30. Medias y desviaciones típicas en cuidado equilibrado

	Media	Desviación Típica
Afrontamiento	40,25	4,69
Género	27,12	3,32
Total	67,37	7,23

Analizando con más detalle, se observaron las siguientes actitudes tal y como se presentan en la tabla 31 de la siguiente página. Para facilitar la lectura rápida de la tabla, se ha marcado con distintos colores el significado de la puntuación de la siguiente manera: verde (puntuaciones favorables con el modelo de cuidado equilibrado), amarillo (puntuaciones intermedias) y rojo (puntuaciones inadecuadas). Además, se han señalado con una flecha aquellos ítems problemáticos y cuyas respuestas de los participantes no apoyan el modelo equilibrado.

Tabla 31. Valoración de las actitudes del modelo de cuidado equilibrado

	Desacuerdo total	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1. Que los familiares nieguen el deterioro de una persona mayor dependiente dificulta que éstos puedan valorar sus necesidades reales.	0,8%	1,6%	1,6%	22,7%	73,4%	
2. Dedicarse tiempo a sí mismo es egoísta cuando hay que cuidar a un familiar en situación de dependencia.	4,7%	3,1%	7%	12,5%	72,7%	←
3. Una persona que cuida de un familiar mayor en dependencia no debería sentir rabia o ira hacia la persona que cuida	30,5%	18%	14,1%	20,3%	17,2%	←
4. Es importante que el entorno social (familiares, vecinos, amigos, etc) favorezca a la persona cuidadora espacios y tiempos para su desarrollo persona.	0,8%	0%	2,3%	10,9%	85,9%	
5. Los hombres que asumen el cuidado principal de una persona en situación de dependencia requieren especialmente de apoyos en el cuidado.	14,8%	17,2%	19,5%	14,1%	34,4%	←
6. Si para cuidar de una persona mayor dependiente uno de los miembros de la pareja tiene que cambiar su situación laboral (ej: pedir excedencia, reducir jornada...), el ser hombre o mujer no debería ser el factor que determine quien asume el cambio.	0,8%	0%	1,6%	6,3%	91,4%	
7. Es mejor que el cuidado sea realizado por una única persona y, a ser posible, siempre la misma.	3,9%	19,5%	22,7%	25,8%	28,1%	←
8. Las tareas de higiene personal es mejor que las realicen las mujeres.	1,6%	2,3%	5,5%	12,5%	78,1%	←
9. Es importante que la persona cuidadora principal pida ayuda a su entorno si lo necesita.	0,8%	0%	0,8%	9,4%	89,1%	
10. Dedicar dinero familiar para el cuidado de una persona dependiente es un despilfarro para la economía familiar si hay alguien que pueda hacerse cargo del cuidado.	0,8%	3,1%	6,3%	18,8%	71,1%	←
11. Si una persona mayor se pone enferma cuando tanto el hijo como la hija trabajan, generalmente es más apropiado que sea la hija la que pida salir del trabajo.	2,3%	2,3%	2,3%	8,6%	84,4%	←
12. La calidad de los cuidados de las personas dependientes no pueden estar condicionados por la economía familiar.	7,8%	4,7%	10,2%	17,2%	60,2%	
13. El cuidado de la propia salud física y mental es secundario cuando se tiene a una persona dependiente a cargo.	1,6%	2,3%	3,9%	8,6%	83,6%	←
14. Es normal que los hijos varones que vivan en pareja asuman la decisión del cuidado de sus padres dependientes, aunque las tareas del cuidado directo las realice su pareja mujer	4,7%	3,9%	12,5%	13,3%	65,6%	←
15. A veces es necesario alejarse del cuidado para reflexionar y tomar decisiones.	3,1	0,8%	11,7%	25%	59,4%	

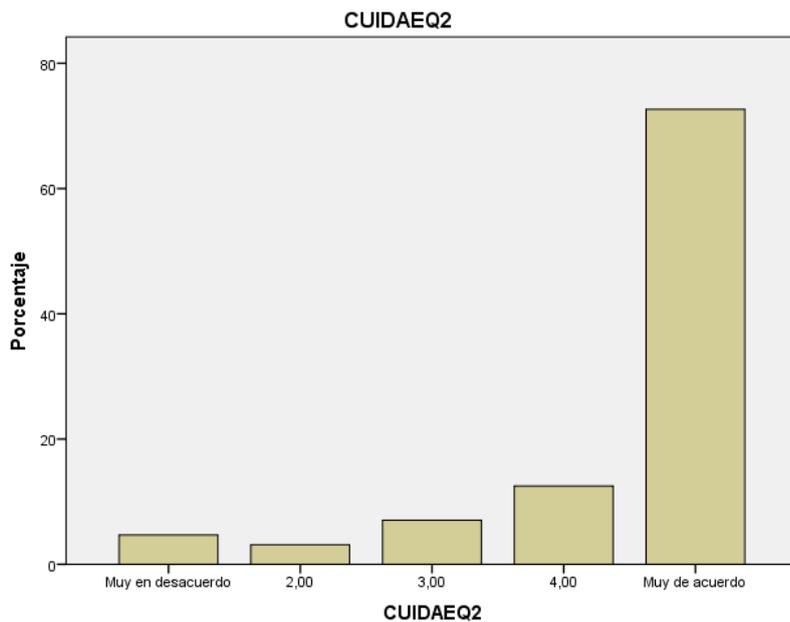
	Desacuerdo total	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
16. Es mejor que las tareas de cuidado que requieren fuerza física (levantar y acostar) las realicen los hombres para evitar gastos innecesarios (ej: grúas).	0%	2,3%	14,1%	19,5%	64,1%	←
17. Dedicar tiempo para la vida en pareja es algo secundario cuando se cuida de un familiar mayor dependiente.	2,3%	3,9%	2,3%	16,4%	75%	←
18. Desconfío del trato que se puede dar a las personas dependientes en las instituciones, como son los centros de día o las residencias.	2,3%	10,9%	21,9%	20,3%	44,5%	←
19. La atención a la dependencia también corresponde al sistema público de los servicios sociales y debe de tener inversión y presupuestos públicos para asegurar y garantizar las ayudas y recursos necesarios.	0,8%	0%	0%	8,6%	90,6%	
20. Un cuidado responsable implica la mayoría de las veces renunciar a todos o casi todos los intereses y aficiones del cuidador, porque restan tiempo y calidad de cuidado.	2,3%	14,1%	8,6%	24,2%	50,8%	←
21. Una persona cuidadora principal debe tener asegurada su independencia económica y/o continuidad laboral para no perder sus derechos y capacidad de vida independiente cuando finalice su etapa de cuidar.	2,3%	1,6%	9,4%	15,6%	71,1%	
22. El confiar el cuidado de un familiar dependiente a una persona ajena contratada, sería equivalente a rebajar la seguridad y la calidad del cuidado que le presta su familiar allegado.	2,3%	1,6%	7,8%	22,7%	65,6%	←
23. Es mejor tomar decisiones en solitario y evitar así enfrentamientos familiares.	0%	3,1%	4,7%	19,5%	72,7%	←
24. Es negligente tomar la decisión de cuidar en el domicilio familiar a una persona en situación de dependencia si no se disponen de los recursos y apoyos apropiados para ello.	9,4%	14,8%	18,8%	33,6%	23,4%	
25. Repartir los cuidados de manera que cada hijo/a cuide la misma cantidad de tiempo del familiar dependiente es lo más adecuado para favorecer la conciliación.	45,3%	28,1%	13,3%	7,8%	5,5%	←
26. Es normal que las hijas solteras o separadas sin cargas familiares tengan la obligación prioritaria de asumir el cuidado como cuidadoras principales frente al resto de los familiares.	2,3%	5,5%	9,4%	10,9%	71,9%	←
27. Es un maltrato familiar si a una persona cuidadora principal se le presiona para que renuncie a alguna parte de su desarrollo personal, familiar o social por cuidar.	2,3%	5,5%	3,1%	20,3%	68,8%	
28. Los hijos e hijas no tienen la obligación de asumir directamente el cuidado principal de sus padres en situación de dependencia.	27,3%	19,5%	23,4%	18%	11,7%	

	Desacuerdo total	Algo en Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
29. Las mujeres tienen mayor capacidad para ser cuidadoras de personas dependientes que los hombres.	3,9%	14,8%	7,8%	15,6%	57,8%	←
30. Que una persona cuidadora reclame que sus necesidades son tan importantes como las de la persona cuidada es sinónimo de egoísmo	1,6%	6,3%	1,6%	22,7%	68%	←
31. La atención a las personas en situación de dependencia es responsabilidad de toda la sociedad.	3,1%	1,6%	5,5%	15,6%	74,2%	
32. El cariño es suficiente para garantizar cuidados de calidad a la persona dependiente.	4,7%	8,6%	8,6%	28,1%	50%	←
33. Es un signo de debilidad personal si un hombre expresa sus emociones.	0%	0,8%	0%	3,9%	95,8%	←
34. Las parejas tienen la obligación de cuidarse mutuamente en caso de que uno de los dos esté en situación de dependencia.	18,8%	19,5%	24,2%	16,4%	21,1%	←
35. Cuidar de una persona dependiente es menos agotador que una jornada laboral.	0%	0%	5,5%	16,4%	78,1%	←
36. Hay que favorecer las relaciones afectivas de las personas cuidadoras más allá del cuidado y de la persona en situación de dependencia.	3,9%	3,1%	7%	11,7%	74,2%	
37. Es importante que otros miembros de la familia que no sean personas cuidadoras principales se ocupen de las necesidades básicas, de salud y de ocio del familiar dependiente.	2,3%	3,9%	9,4%	25%	59,4%	
38. Negarse a cuidar a un familiar en casa es sinónimo de ser mala persona.	1,6%	4,7%	11,7%	18%	64,1%	←
39. Desarraigar a una persona mayor dependiente de su entorno social y familiar puede ser un mal trato social.	10,2%	8,6%	25%	33,6%	22,7%	
40. La persona cuidadora principal de una persona en situación de dependencia no está obligada a favorecer y atender personalmente a todas las visitas que reciba su familiar dependiente.	6,3%	11,7%	23,4%	25%	33,6%	
41. Los familiares que cuidan personalmente de la persona mayor son los únicos que pueden valorar con objetividad los cuidados y tratamientos que debe recibir.	3,9%	13,3%	14,1%	33,6%	35,2%	←
42. Una persona que trabaja fuera del hogar no puede ser una persona cuidadora comprometida de una persona dependiente.	2,3%	12,5%	9,4%	27,3%	48,4%	←
43. Saber delegar en otras personas es una virtud necesaria en todo cuidador/a principal.	1,6%	0%	1,6%	14,1%	82,8%	
44. Cuando se acepta la responsabilidad del cuidado de un familiar en situación de dependencia, tiene que mantenerse inflexible hasta el final de sus días.	0%	0%	10,9%	24,2%	64,8%	←

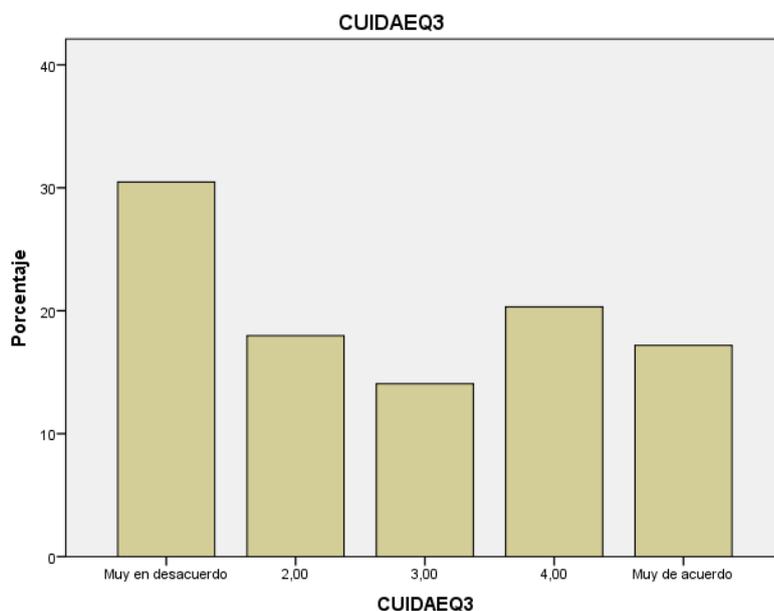
	Desacuerdo total	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
45. Es normal que las personas cuidadoras principales se auto-mediquen.	2,3%	5,5%	11,7%	19,5%	60,9%	←
46. Si la persona dependiente muestra dificultades para aceptar los nuevos cambios y costumbres, siempre es preferible que sea la persona cuidadora principal la que se adapte.	7%	21,1%	29,7%	25,8%	16,4%	←
47. Es importante que las personas que tienen a una persona dependiente a su cargo tengan tiempo para realizar ejercicio físico.	0,8%	0%	3,9%	21,9%	73,4%	
48. Cuando las personas contratan servicios u otras personas para cuidar a su familiar es una forma de abandono.	0,8%	1,6%	0,8%	8,6%	88,3%	←
49. Es importante que los profesionales valoren e incluyan a los familiares en la toma de decisiones y en las aplicaciones de los tratamientos de personas mayores dependientes.	0,8%	0%	2,3%	14,1%	82,8%	
50. Es mucho mejor si el varón se encarga de las tareas fuera del hogar y la mujer cuida de la casa y de los familiares dependientes.	0%	1,6%	0,8%	7,8%	89,8%	←
51. Las familias que envían a sus mayores a una residencia en realidad lo que quieren es deshacerse de su familiar dependiente.	0,8%	2,3%	3,9%	12,5%	80,5%	←
52. Los centros de trabajo deberían regular la conciliación del cuidado en dependencia de personas mayores (ej: horarios flexibles)	0,8%	0,8%	5,5%	15,6%	77,6%	
53. Cualquier persona puede cuidar de una persona dependiente sin necesidad de tener formación específica sobre el manejo de la enfermedad.	0,8%	8,6%	10,9%	30,5%	49,2%	←
54. La falta de descanso y del sueño reparador es un indicador que debe ser tenido en cuenta por los cuidadores principales para prevenir desequilibrios en la salud.	0,8%	0%	0%	3,9%	95,3%	
55. Cumplir con todas las demandas de la persona dependiente significa ser mejor cuidador.	5,5%	11,7%	10,2%	24,2%	48,4%	←
56. Los cuidados en casa son siempre mejores que los que se pueden brindar en una institución.	1,6%	14,1%	29,7%	25,8%	28,9%	←
57. Si fuera cuidador principal de un familiar en dependencia de larga duración me sería útil acudir reuniones con otras familias con experiencias similares o a asociaciones.	0,8%	0,8%	3,1%	23,4%	71,9%	
58. Cuidar de los padres mayores implica tanta responsabilidad para los hijos como para las hijas.	0%	0,8%	0,8%	7%	91,4%	
59. Siempre es preferible que sea la persona cuidadora principal la que modifique su vida y se traslade al domicilio de la persona.	3,1%	13,3%	25%	29,7%	28,9%	←

A continuación, se incluyen gráficas de los ítems de la tabla anterior donde las actitudes no son favorables hacia un cuidado equilibrado y, por tanto, deberían ser objeto de intervención:

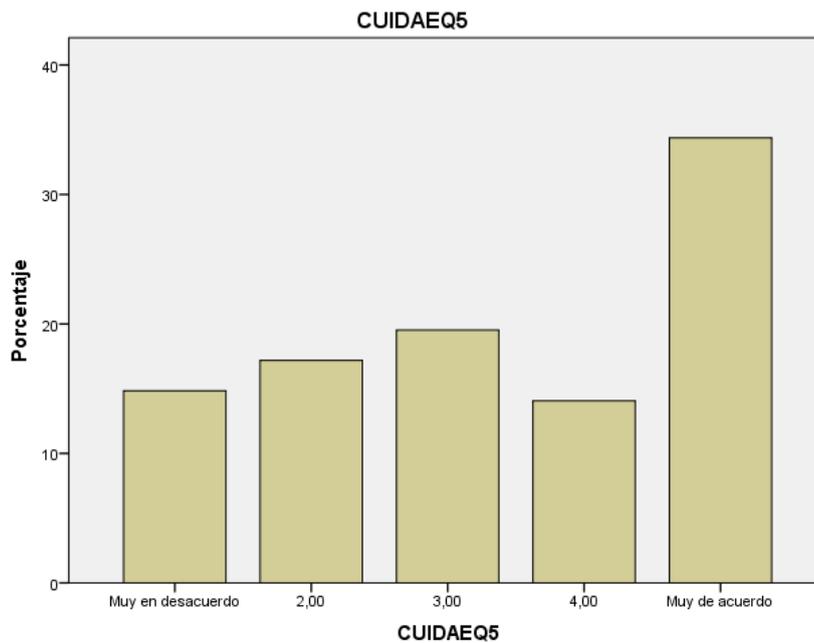
ITEM 2. Dedicarse tiempo a sí mismo es egoísta cuando hay que cuidar a un familiar en situación de dependencia.



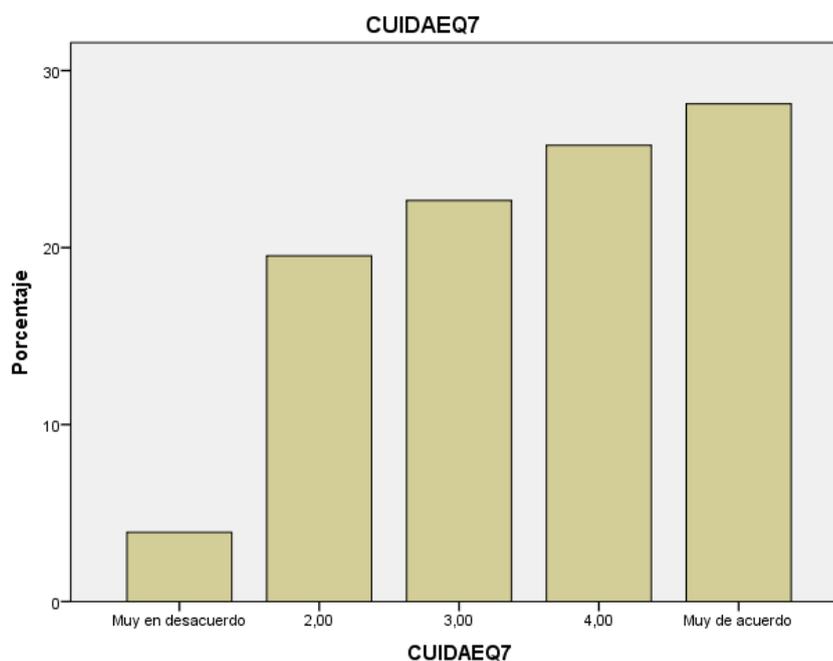
ITEM 3. Una persona que cuida de un familiar mayor en dependencia no debería sentir rabia o ira hacia la persona que cuida



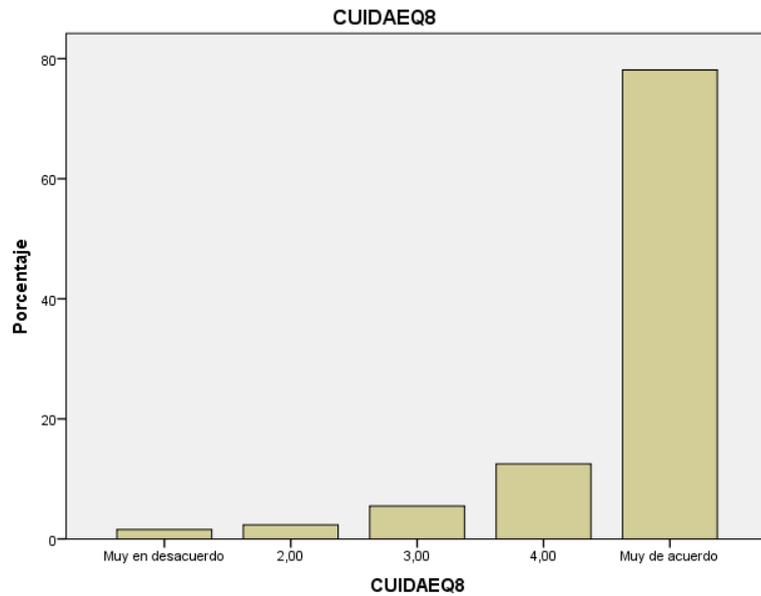
ITEM 5. Los hombres que asumen el cuidado principal de una persona en situación de dependencia requieren especialmente de apoyos en el cuidado.



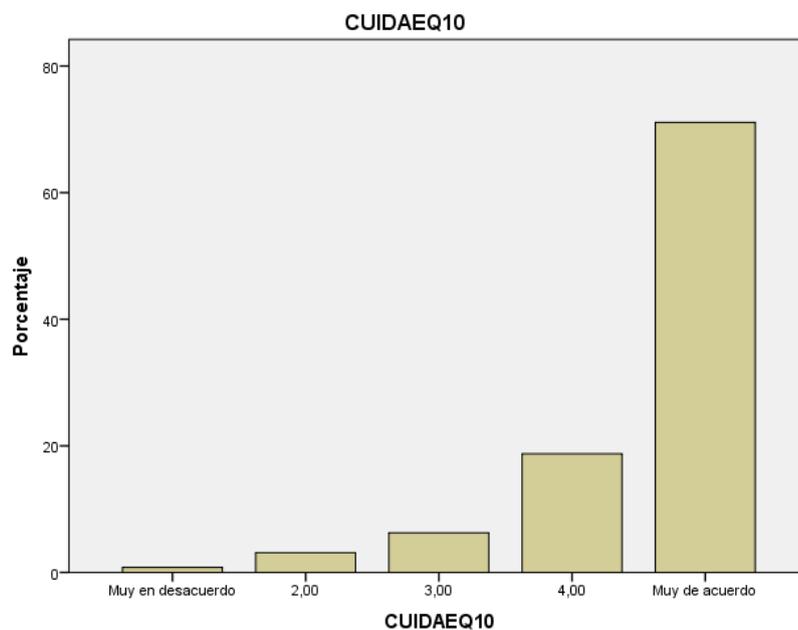
ITEM 7. Es mejor que el cuidado sea realizado por una única persona y, a ser posible, siempre la misma.



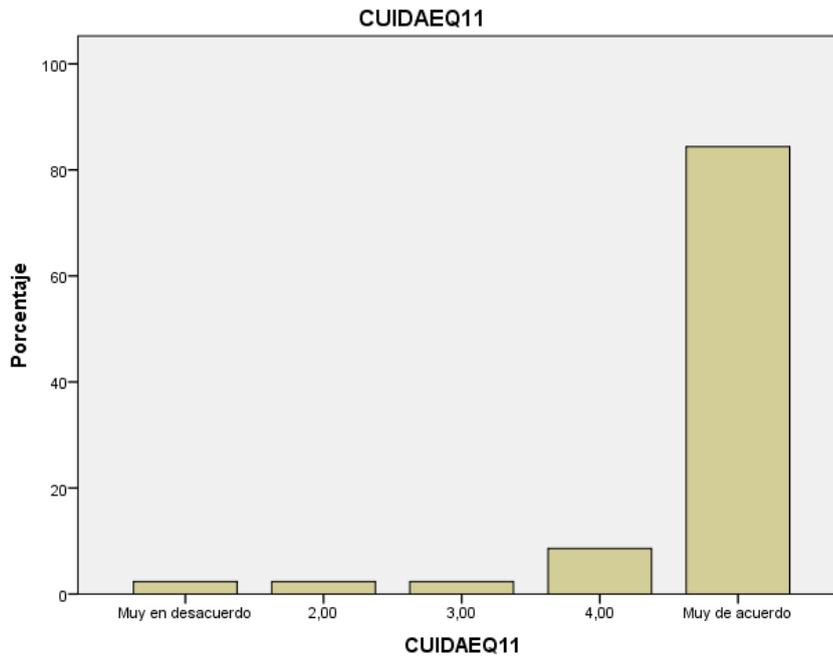
ITEM 8. Las tareas de higiene personal es mejor que las realicen las mujeres.



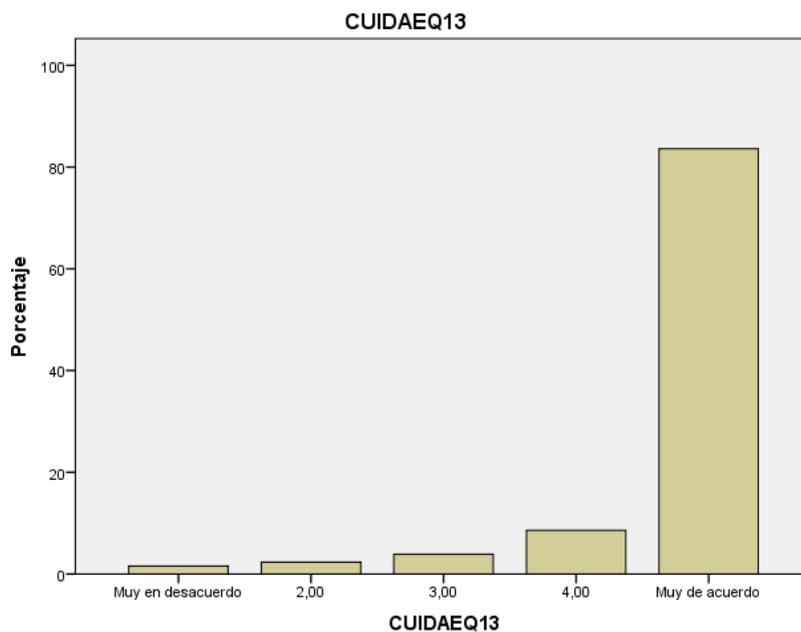
ITEM 10. Dedicar dinero familiar para el cuidado de una persona dependiente es un despilfarro para la economía familiar si hay alguien que pueda hacerse cargo del cuidado.



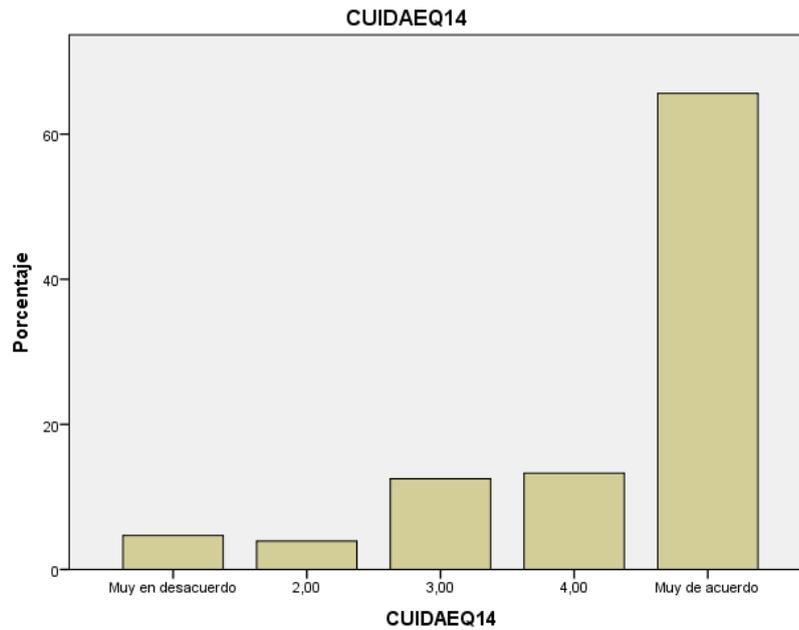
ITEM 11. Si una persona mayor se pone enferma cuando tanto el hijo como la hija trabajan, generalmente es más apropiado que sea la hija la que pida salir del trabajo.



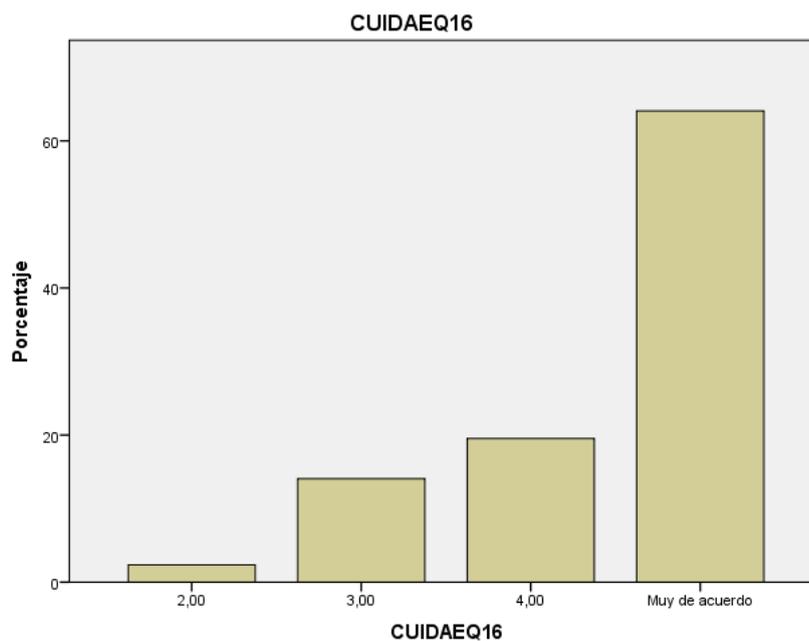
ITEM 13. El cuidado de la propia salud física y mental es secundario cuando se tiene a una persona dependiente a cargo.



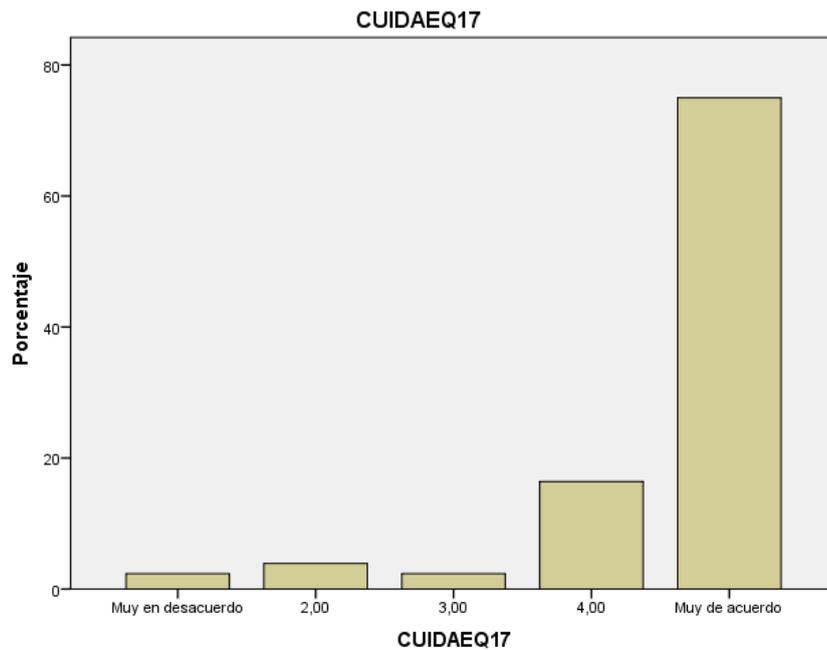
ITEM 14. Es normal que los hijos varones que vivan en pareja asuman la decisión del cuidado de sus padres dependientes, aunque las tareas del cuidado directo las realice su pareja mujer



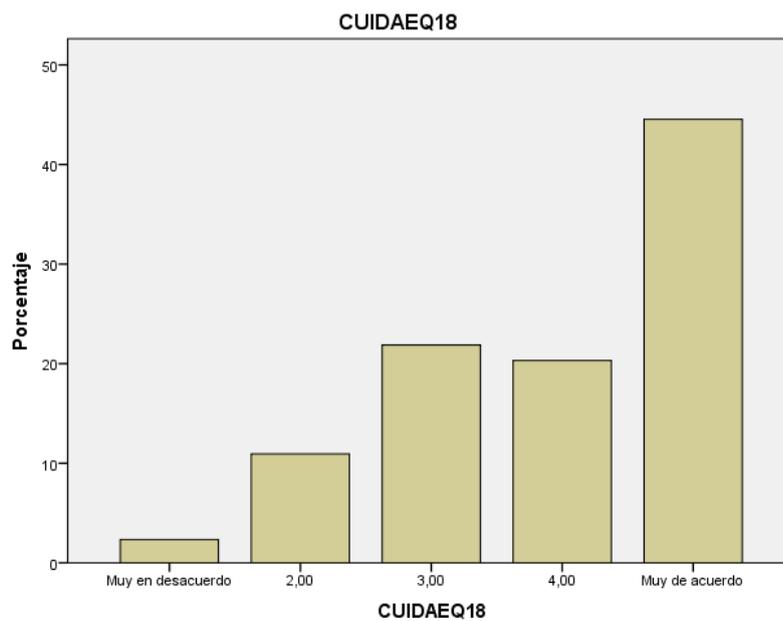
ITEM 16. Es mejor que las tareas de cuidado que requieren fuerza física (levantar y acostar) las realicen los hombres para evitar gastos innecesarios (ej: grúas).



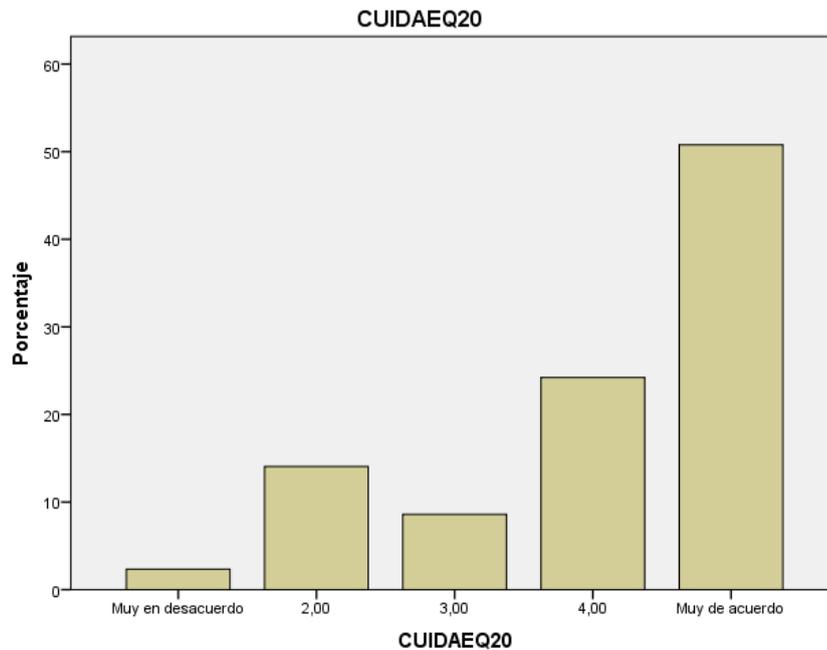
ITEM 17. Dedicar tiempo para la vida en pareja es algo secundario cuando se cuida de un familiar mayor dependiente.



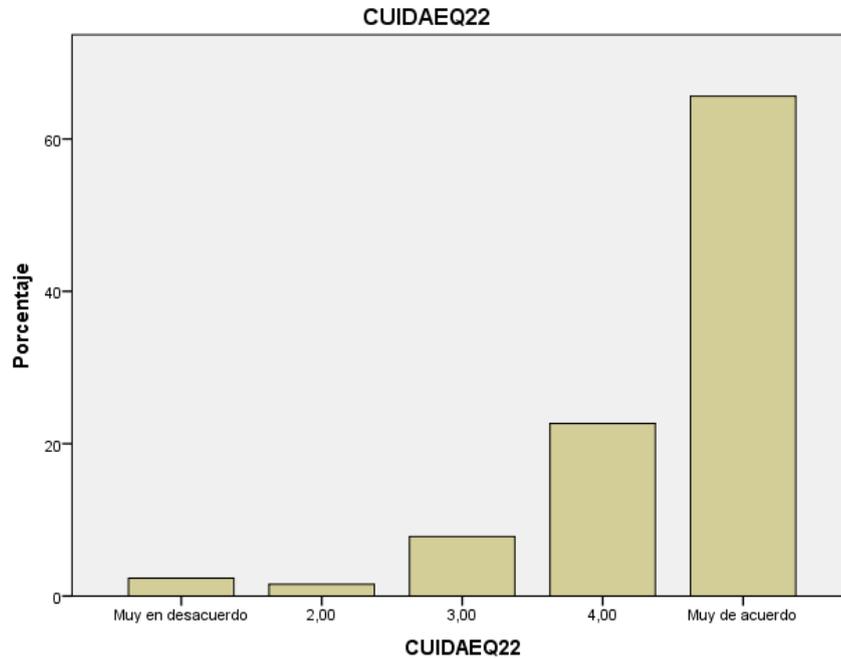
ITEM 18. Desconfío del trato que se puede dar a las personas dependientes en las instituciones, como son los centros de día o las residencias.



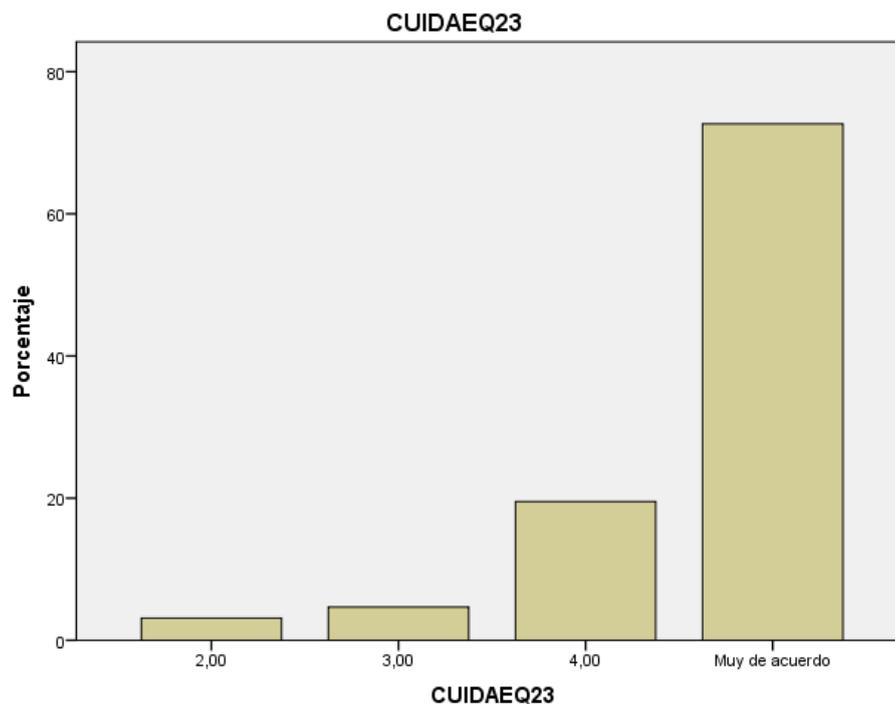
ITEM 20. Un cuidado responsable implica la mayoría de las veces renunciar a todos o casi todos los intereses y aficiones del cuidador, porque restan tiempo y calidad de cuidado.



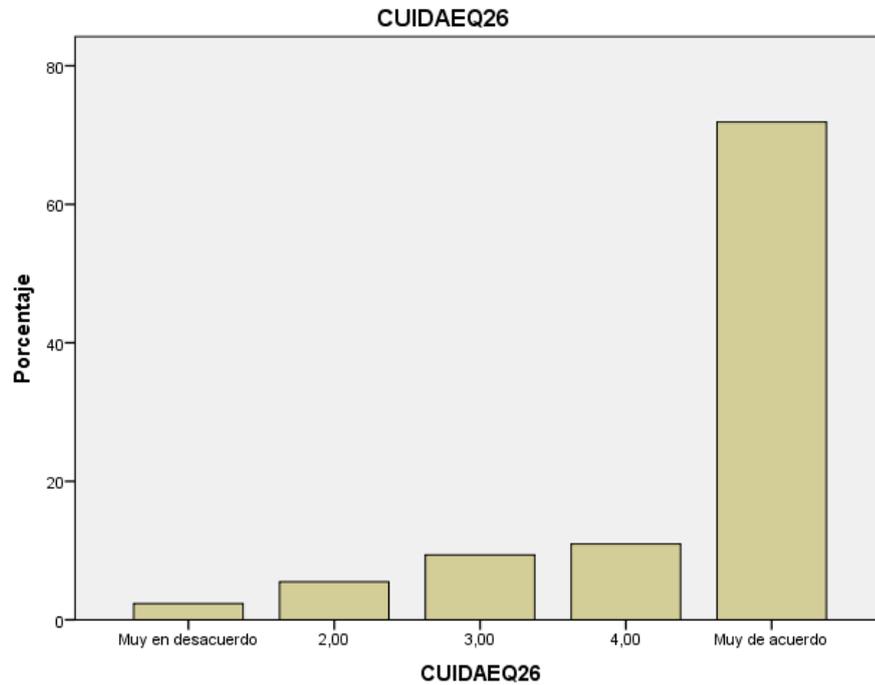
ITEM 22. El confiar el cuidado de un familiar dependiente a una persona ajena contratada, sería equivalente a rebajar la seguridad y la calidad del cuidado que le presta su familiar allegado.



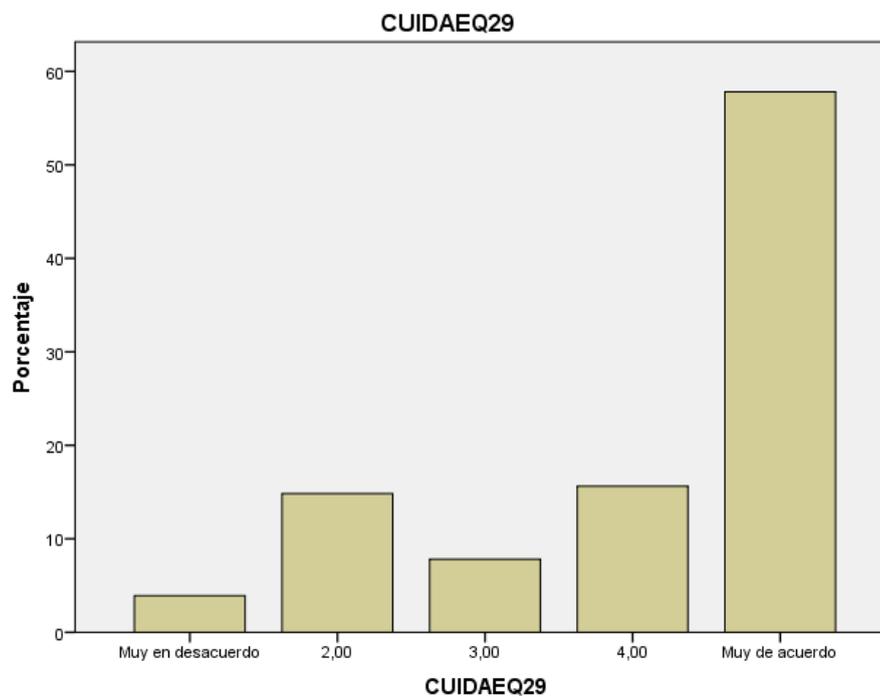
ITEM 23. Es mejor tomar decisiones en solitario y evitar así enfrentamientos familiares.



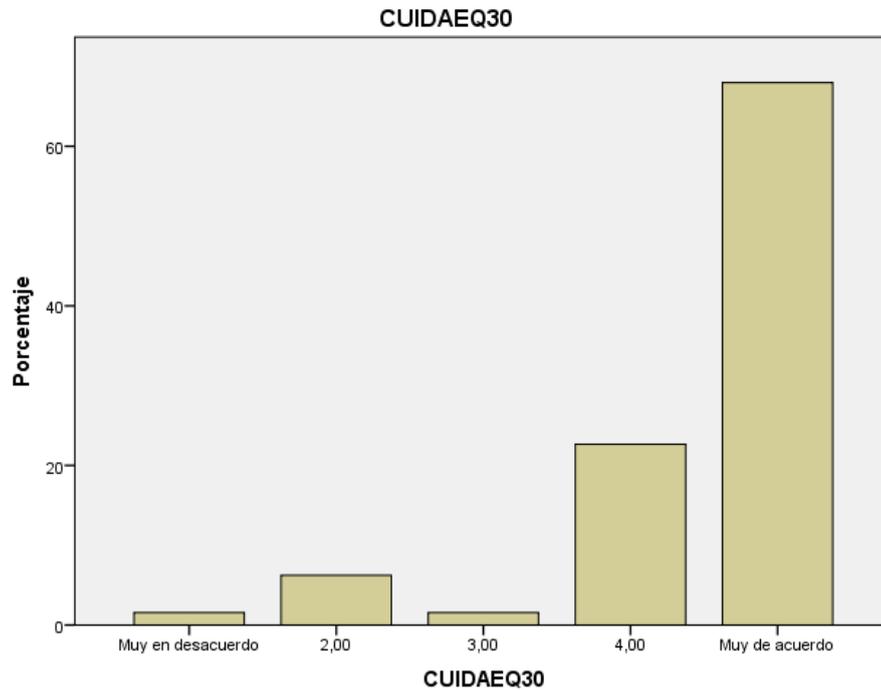
ITEM 26. Es normal que las hijas solteras o separadas sin cargas familiares tengan la obligación prioritaria de asumir el cuidado como cuidadoras principales frente al resto de los familiares.



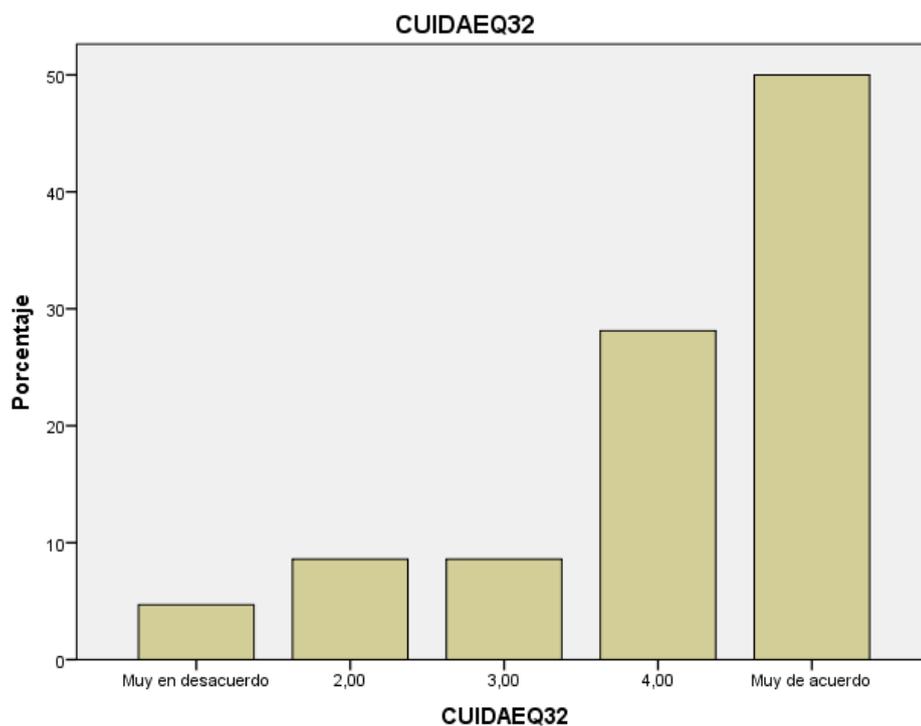
ITEM 29. Las mujeres tienen mayor capacidad para ser cuidadoras de personas dependientes que los hombres.



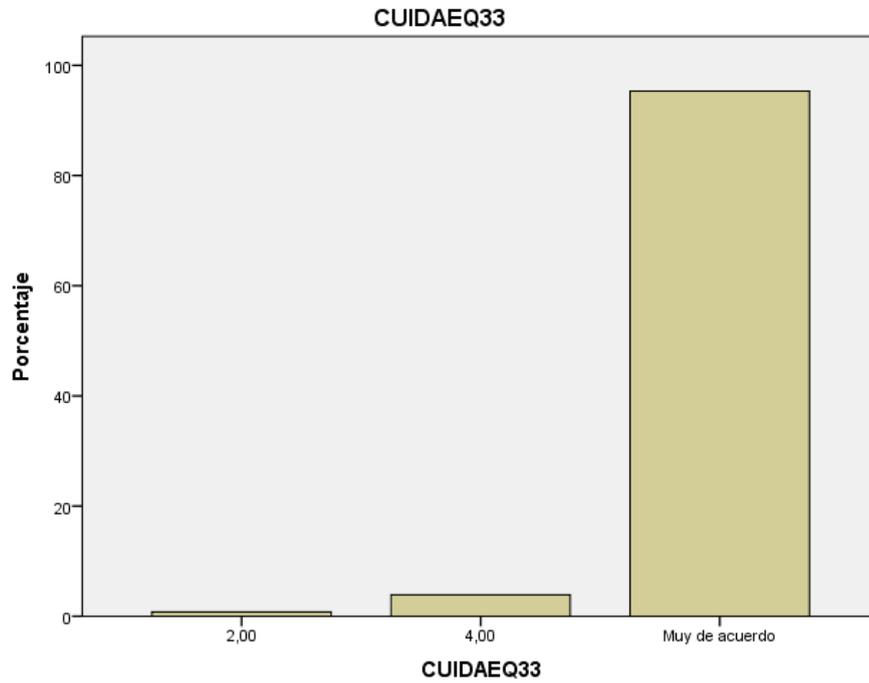
ITEM 30. Que una persona cuidadora reclame que sus necesidades son tan importantes como las de la persona cuidada es sinónimo de egoísmo



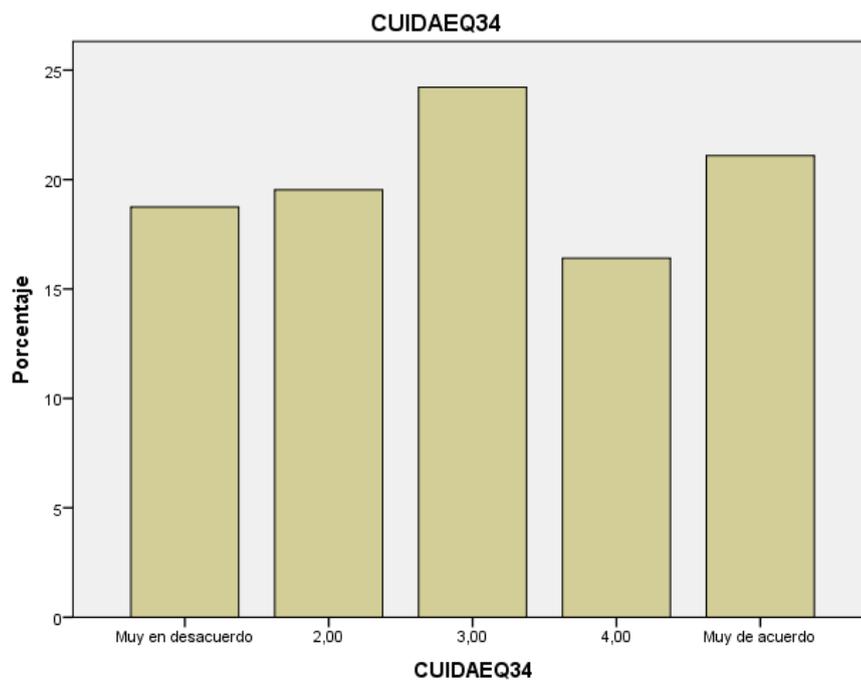
ITEM 32. El cariño es suficiente para garantizar cuidados de calidad a la persona dependiente.



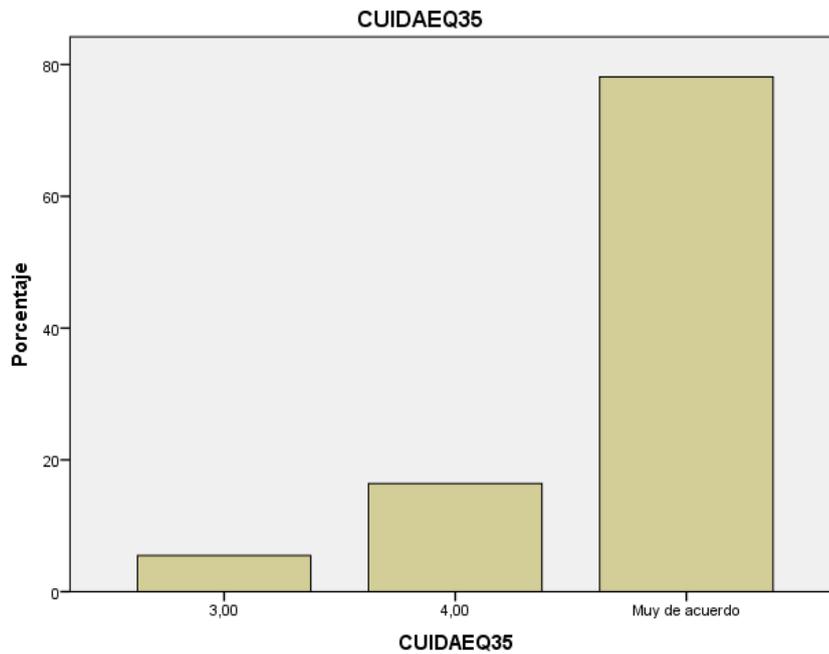
ITEM 33. Es un signo de debilidad personal si un hombre expresa sus emociones.



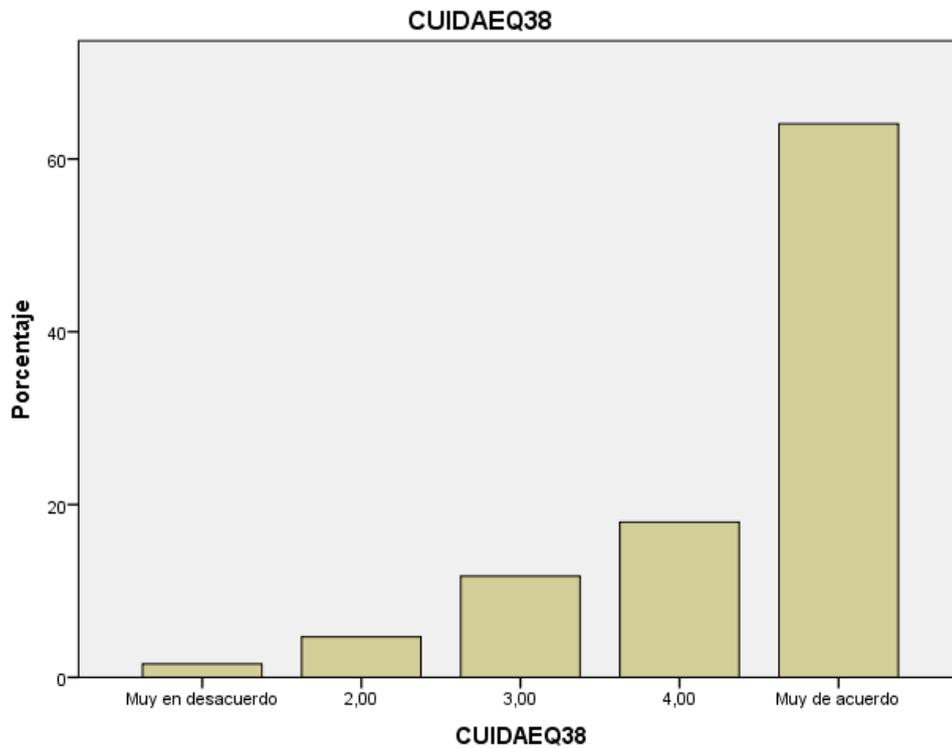
ITEM 34. Las parejas tienen la obligación de cuidarse mutuamente en caso de que uno de los dos esté en situación de dependencia.



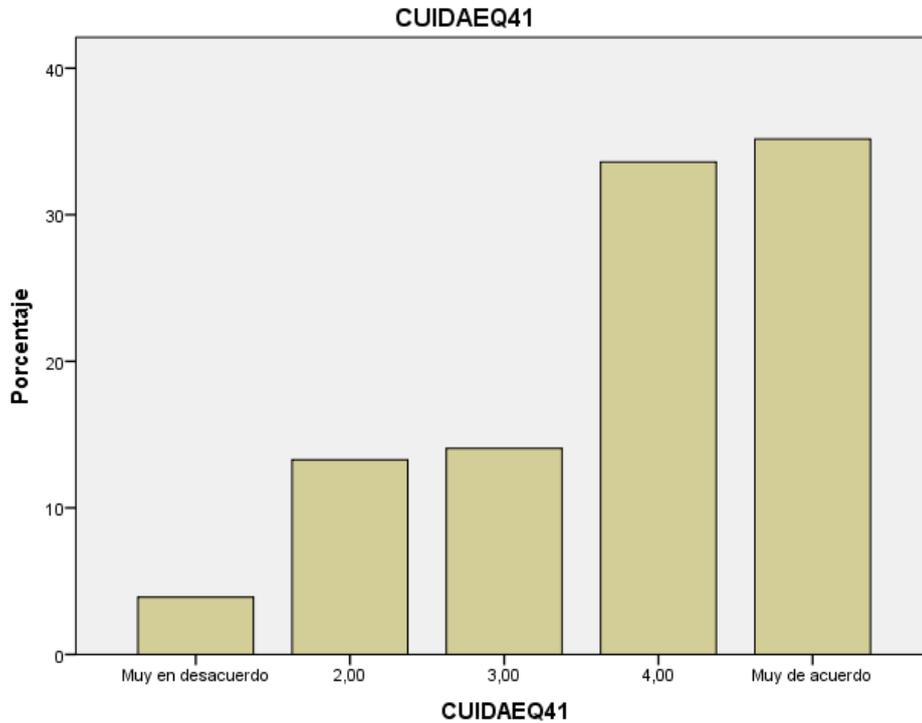
ITEM 35. Cuidar de una persona dependiente es menos agotador que una jornada laboral.



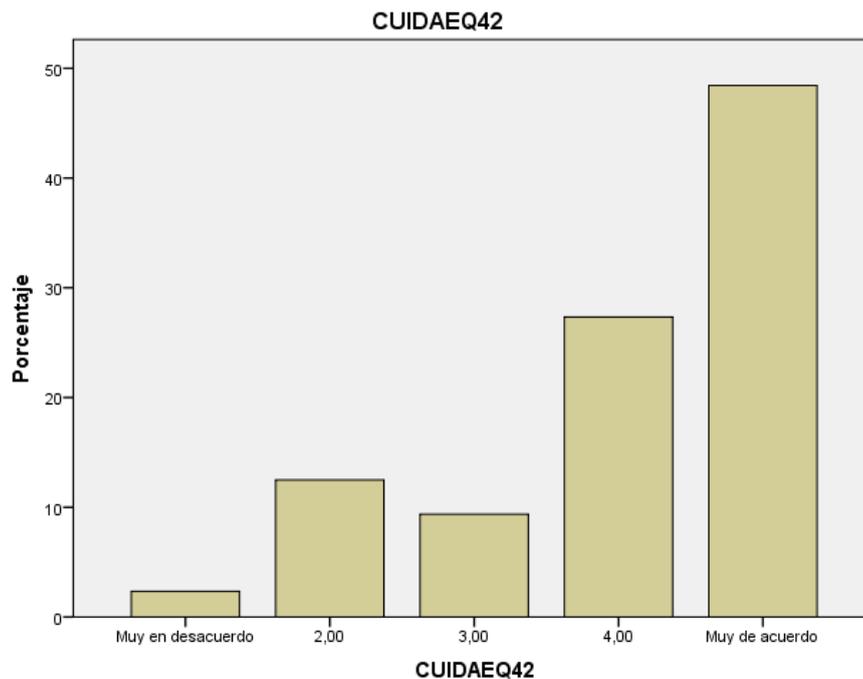
ITEM 38. Negarse a cuidar a un familiar en casa es sinónimo de ser mala persona.



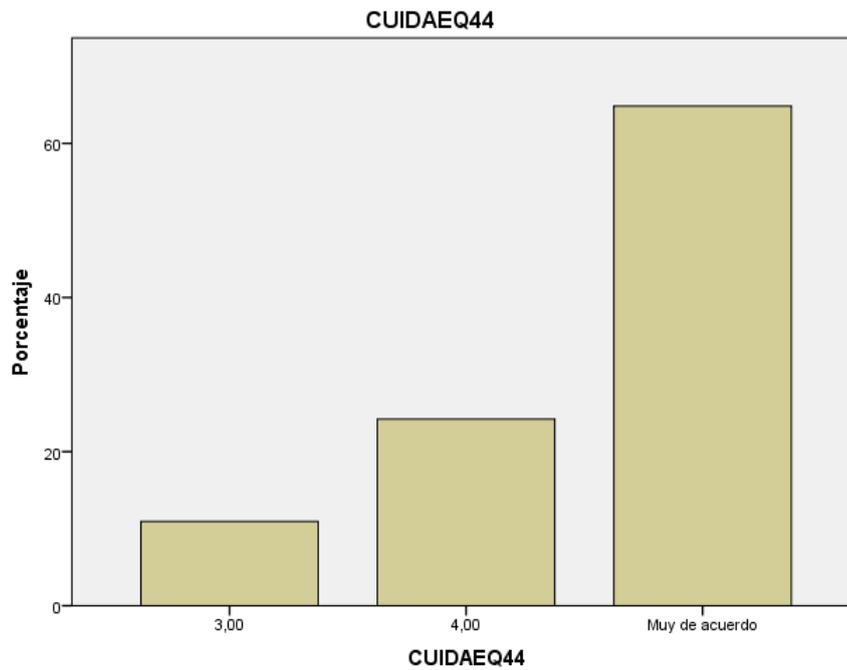
ITEM 41. Los familiares que cuidan personalmente de la persona mayor son los únicos que pueden valorar con objetividad los cuidados y tratamientos que debe recibir.



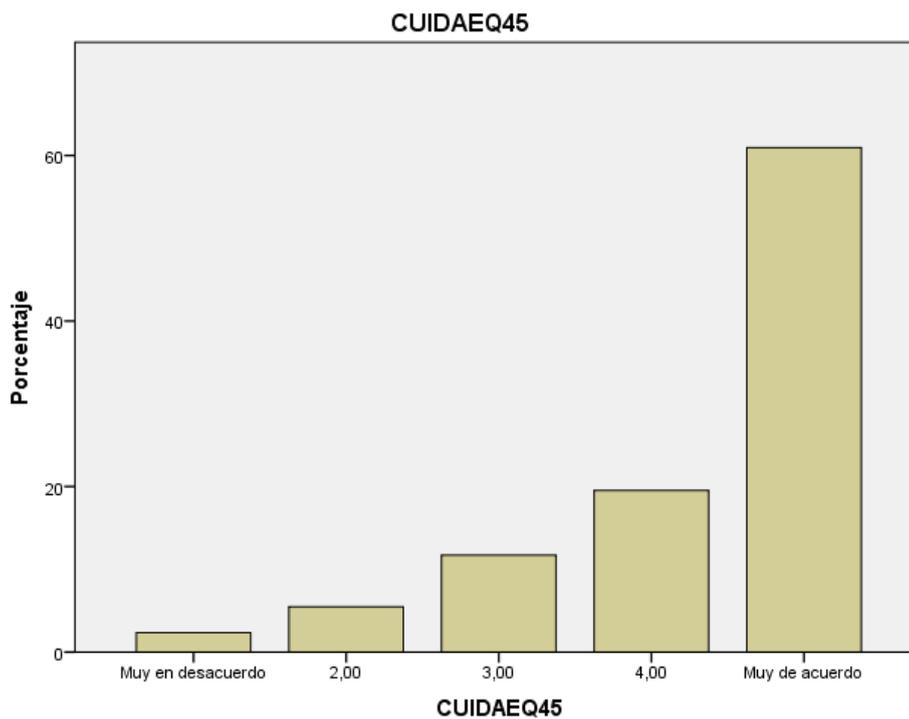
ITEM 42. Una persona que trabaja fuera del hogar no puede ser una persona cuidadora comprometida de una persona dependiente.



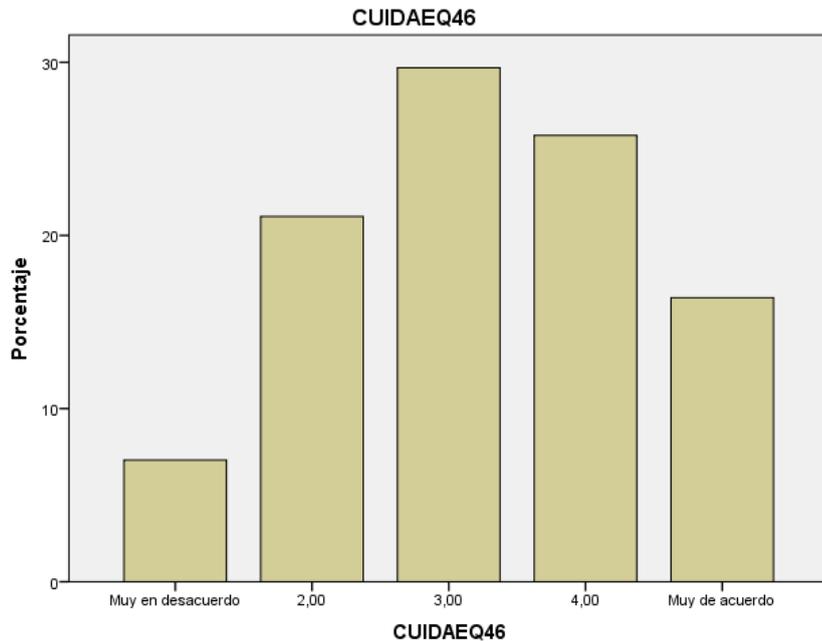
ITEM 44. Cuando se acepta la responsabilidad del cuidado de un familiar en situación de dependencia, tiene que mantenerse inflexible hasta el final de sus días.



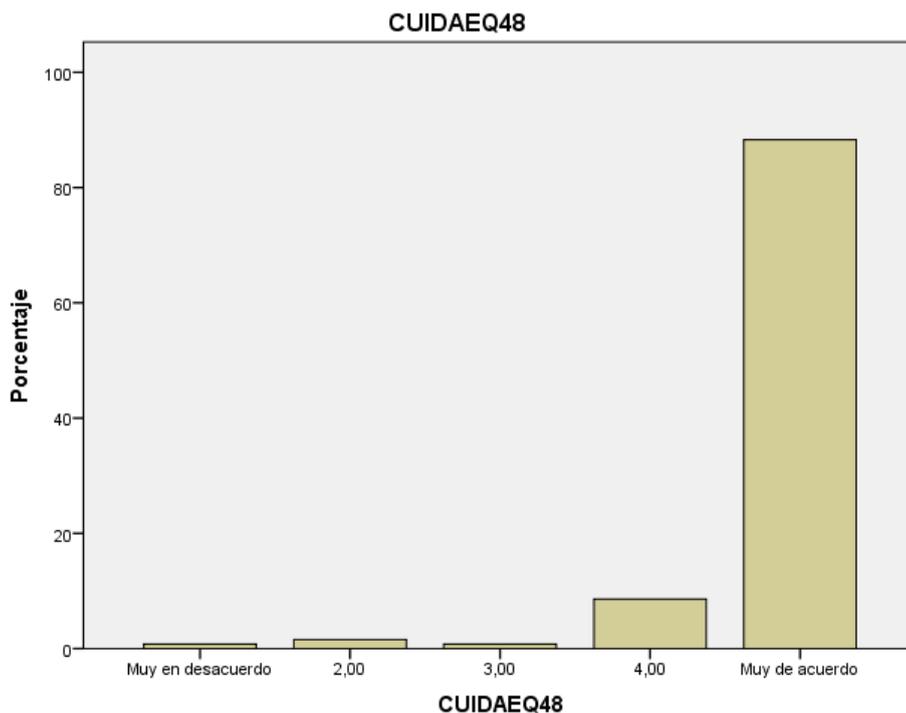
ITEM 45. Es normal que las personas cuidadoras principales se auto-mediquen.



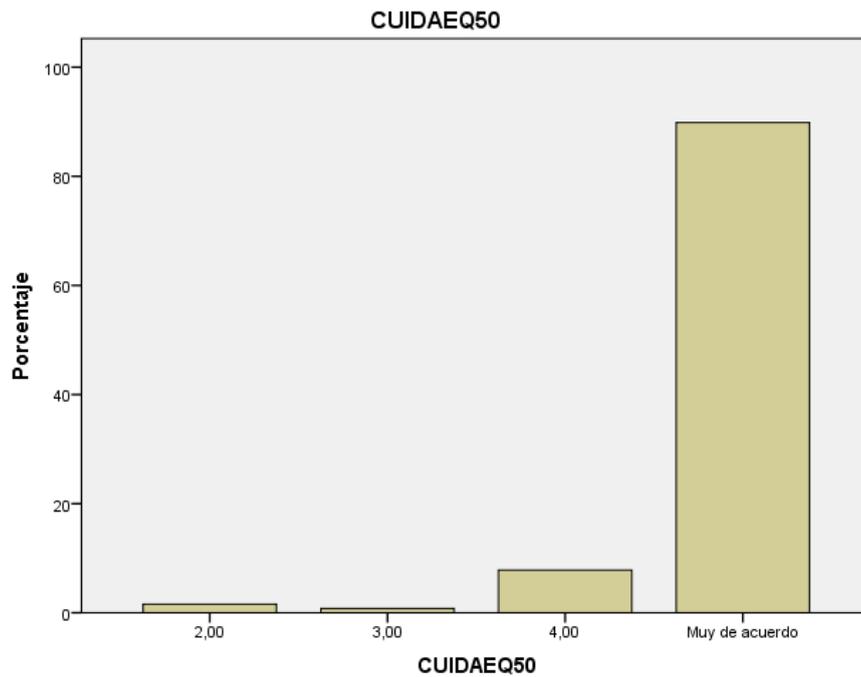
ITEM 46. Si la persona dependiente muestra dificultades para aceptar los nuevos cambios y costumbres, siempre es preferible que sea la persona cuidadora principal la que se adapte.



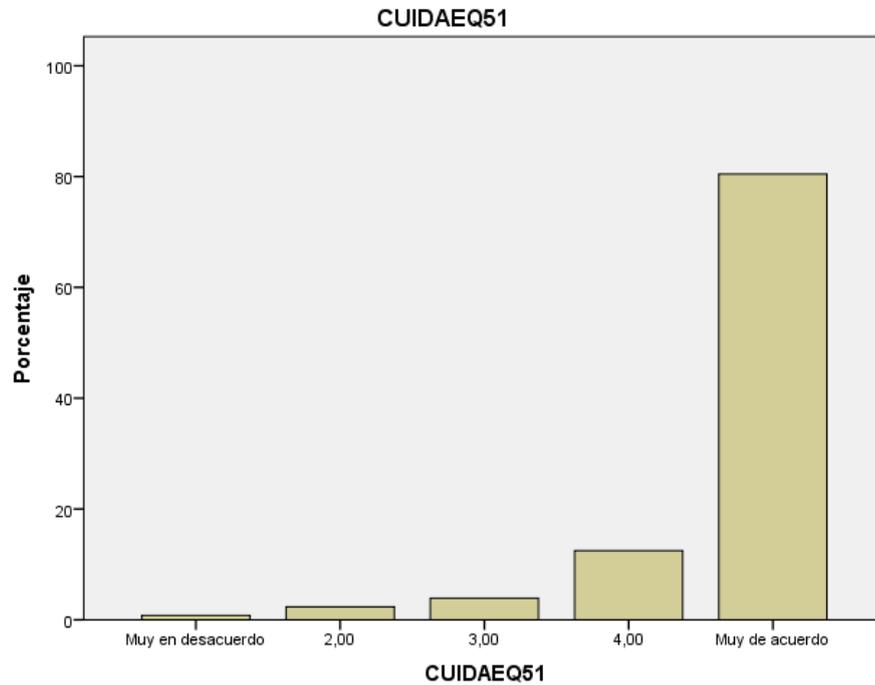
ITEM 48. Cuando las personas contratan servicios u otras personas para cuidar a su familiar es una forma de abandono.



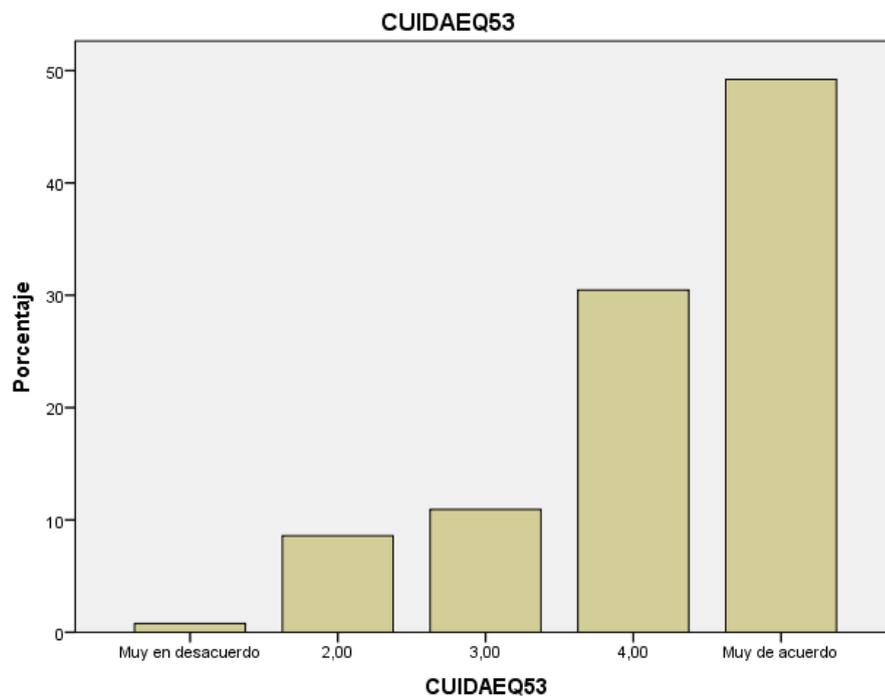
ITEM 50. Es mucho mejor si el varón se encarga de las tareas fuera del hogar y la mujer cuida de la casa y de los familiares dependientes.



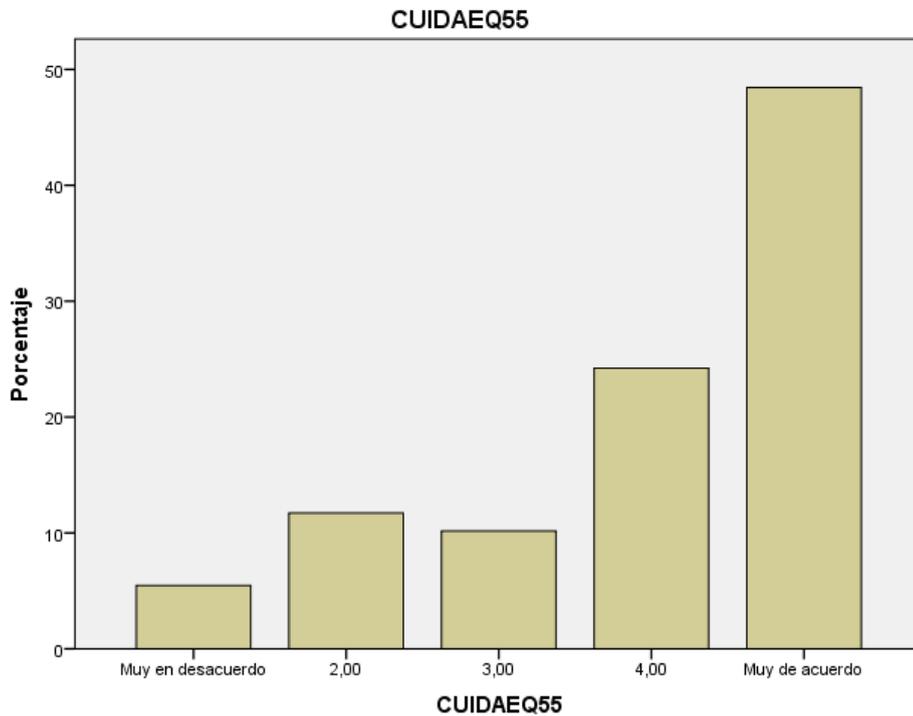
ITEM 51. Las familias que envían a sus mayores a una residencia en realidad lo que quieren es deshacerse de su familiar dependiente.



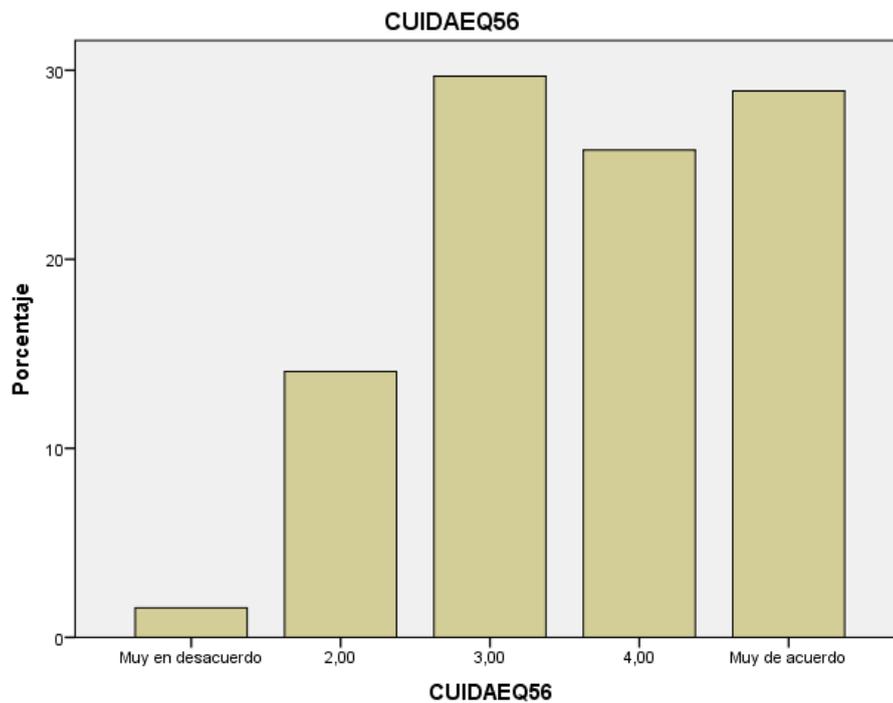
ITEM 53. Cualquier persona puede cuidar de una persona dependiente sin necesidad de tener formación específica sobre el manejo de la enfermedad.



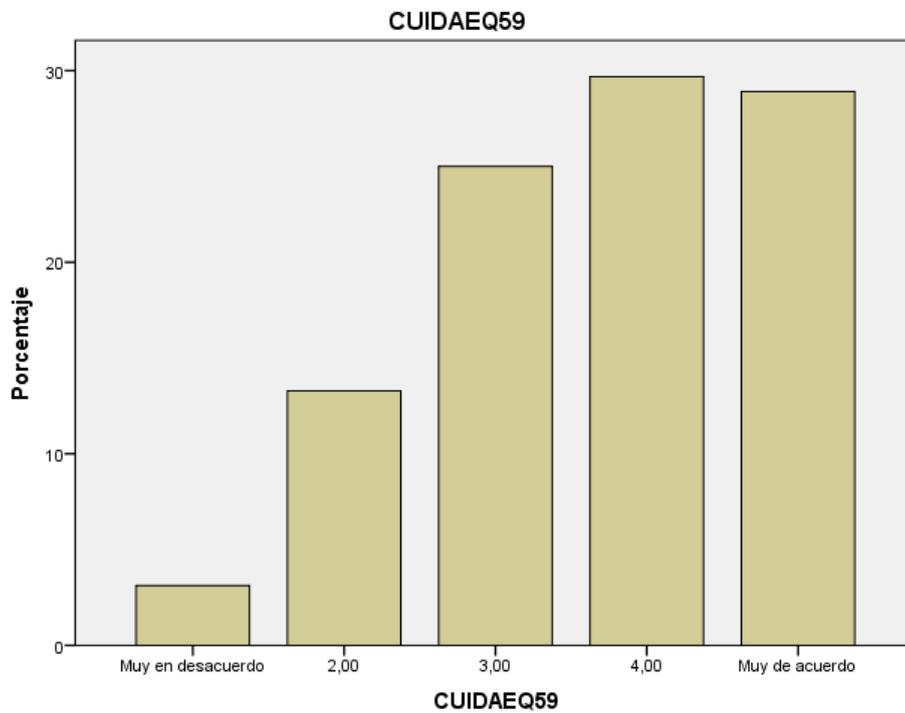
ITEM 55. Cumplir con todas las demandas de la persona dependiente significa ser mejor cuidador.



ITEM 56. Los cuidados en casa son siempre mejores que los que se pueden brindar en una institución.



ITEM 59. Siempre es preferible que sea la persona cuidadora principal la que modifique su vida y se traslade al domicilio de la persona.



b) Actitudes de diferencias de Género

Las actitudes acerca de la existencia de diferencias de género entre hombres y mujeres tanto en el ámbito público (creencias que apoyan que los hombres deberían tener una mayor presencia en el ámbito público y social) como en el privado (creencias que apoyan que las mujeres deberían tener una mayor presencia en el ámbito privado-hogar) salen **bajas**.

	Media	Desviación Típica
Público	11,16	6,14
Privado	6,15	3,07

c) Pensamientos Disfuncionales hacia el cuidado

Los **pensamientos disfuncionales totales** acerca del cuidado de familiares en situación de dependencia reflejan unas puntuaciones medias **bajas**. Sin embargo, observamos diferencias en las distintas subescalas. Por un lado, los **pensamientos disfuncionales de entrega-aislamiento** del cuidador muestran puntuaciones **bajas**. En cambio, los pensamientos disfuncionales de **autoexigencia emocional y responsabilidad** del cuidador se encuentran **rozando lo disfuncional**.

	Media	Desviación Típica
Entrega-Aislamiento	4,32	5,44
Autoexigencia emocional-responsabilidad	7,49	5,87
Total	11,81	5,55

d) Estereotipos hacia personas mayores

Los estereotipos hacia las personas mayores de los profesionales sociosanitarios entrevistados se encuentran a niveles similares en salud, motivación-social y personalidad-carácter, encontrándose a niveles **moderados**.

	Media	Desviación Típica
Salud	8,82	3,45
Motivación-social	8,92	3,14
Personalidad-carácter	9,59	3,37
Totales	27,34	9,12

d) Estrés Laboral

Los elementos de contenido de trabajo muestran **niveles moderados** tanto en control, exigencias, como apoyo social

	Media	Desviación Típica
Control	25,14	2,96
Exigencias	20,49	3,98
Apoyo social	28,58	5,51
Totales	74,14	7,43

e) Burnout

Los niveles de burnout de los participantes son **bajos** observándose niveles bajos de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que los niveles de realización personal son adecuados.

	Media	Desviación Típica
Agotamiento Emocional	13,94	9,45
Despersonalización	4,90	4,49
Realización Personal	41,27	7,36

f) Calidad de Vida del Profesional

Los niveles de la calidad de vida son **moderados**, siendo el aspecto en el que se puntúa más elevado el apoyo social.

	Media	Desviación Típica
Contenido	51,93	18,08
Motivación	69,28	7,87
Apoyo	85,41	24,04
Total	207,45	32,80

En la siguiente tabla 32. se presenta un esquema de las variables evaluadas y la interpretación de los resultados (se marca con una flecha escala con niveles disfuncionales):

Tabla 32. Variables evaluadas

Variable	Subescala	Interpretación
Actitudes Modelo Equilibrado	Afrontamiento Apropiado Género	Moderado Moderado
Pensamientos disfuncionales	Entrega- Aislamiento Autoexigencia emocional	Bajos Próximo a lo disfuncional
Actitudes diferencias de género	Públicas Privadas	Bajos Bajos
Estereotipos Negativos Hacia personas mayores	Motivación-social Personalidad-carácter Salud	Bajos Bajos Bajos
Contenido de trabajo (estrés laboral)	Control Apoyo Gerente Exigencias	Bajo Bajo Bajo
Burnout	Agotamiento emocional Despersonalización Realización personal	Bajo Bajo Medio
Calidad de Vida del Profesional	Motivación Contenido Apoyo	Moderado Moderado Moderado

4.2. DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES OBJETIVO EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Se analizó si existían diferencias significativas en las variables a estudiar en función de las variables sociodemográficas sexo, edad y las variables laborales experiencia laboral y tipo de profesional sociosanitario. Para ello, se llevaron a cabo análisis descriptivos (medias y frecuencias), diferencias de medias (t student) para analizar si había diferencias en las puntuaciones en función del sexo, ANOVAs de un factor para analizar diferencias en función del tipo de profesión sociosanitaria y correlaciones de Pearson para analizar las relaciones entre las variables estudiadas y la edad. Los resultados encontrados se describen a continuación

a) Género

Solo se encontraron diferencias significativas en función del sexo en dos variables:

Por un lado, en actitudes de género público ($t= -3,619$; $p<0,001$), las mujeres ($M=11,93$; $DT=6,08$) puntuaron más alto los varones ($M=7,61$; $DT=5,17$). Es decir, **las mujeres se mostraban más de acuerdo con la afirmación que plantea que los hombres deben tener una mayor presencia que las mujeres en el ámbito público-social.**

Asimismo, también se observaron diferencias en la calidad de vida profesional ($t= -2,413$; $p<0,05$), en concreto, en motivación laboral donde las mujeres ($M=11,93$; $DT=6,08$) puntuaron más alto que los varones ($M=11,93$; $DT=6,08$). Es decir, **las mujeres se mostraron más motivadas con su trabajo sociosanitario que los hombres.**

b) Edad

No se observó relación de la edad con ninguna de las variables estudiadas.

c) Experiencia con personas mayores

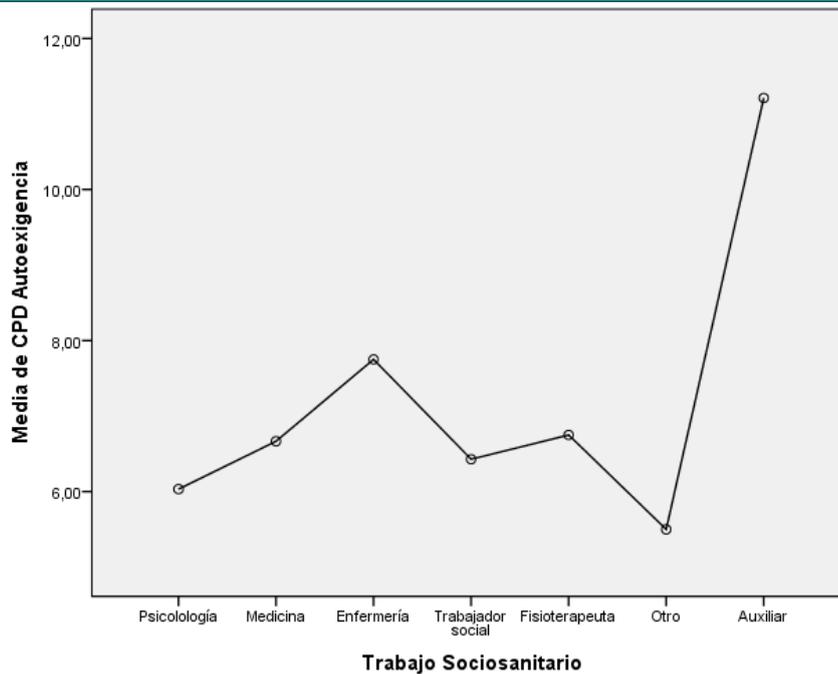
La experiencia profesional con personas mayores correlacionó significativamente con: **pensamientos disfuncionales de entrega** ($r = -,217$; $p <,001$), **autoexigencia** ($r = -,197$; $p <,001$) y **totales** ($r = -,222$; $p <,001$), **estereotipos hacia personas mayores de salud** ($r = -,217$; $p <,001$), **motivación** ($r = -,224$; $p <,001$) y **personalidad** ($r = -,228$; $p <,001$) y estrés laboral, en concreto, aspectos relacionados con el **contenido laboral** ($r = -,215$; $p <,001$) y **motivación laboral** ($r = ,312$; $p <,001$).

c) Profesión sociosanitaria

Al comparar si había diferencias en los resultados en función de la profesión sanitaria de los participantes, se observaron diferencias en las siguientes variables:

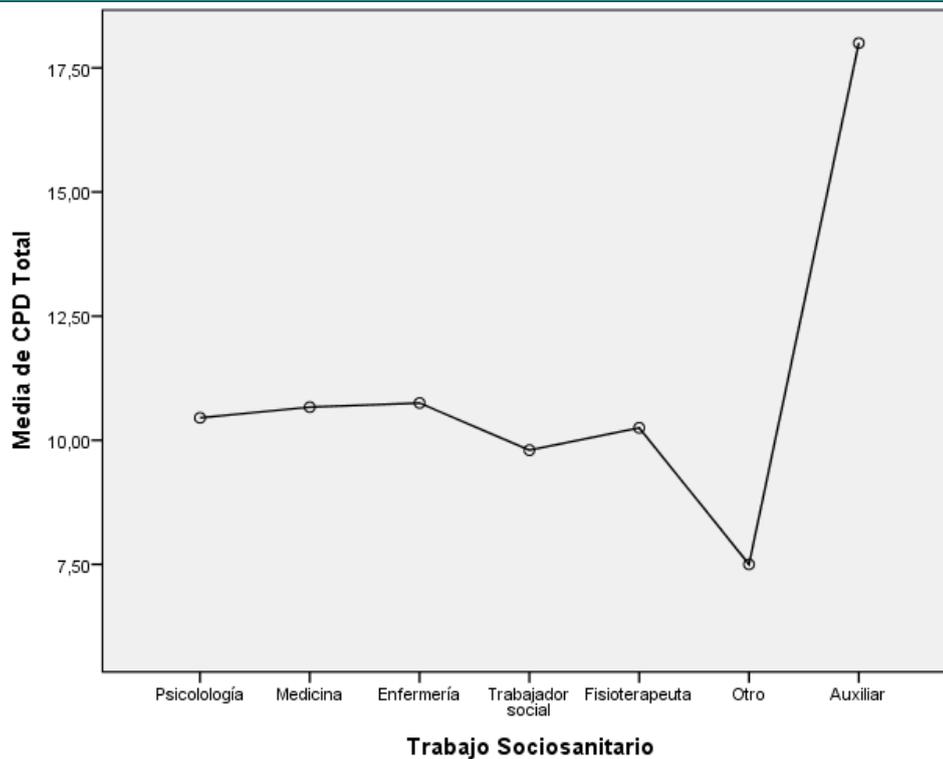
c.1. Pensamientos disfuncionales de autoexigencia emocional-responsabilidad ($F=3,446$; $p < 0,01$)

Como se puede ver en la gráfica, **los profesionales que puntúan más alto en autoexigencia emocional-responsabilidad del cuidador son los auxiliares de enfermería**, ubicándose estas puntuaciones dentro de lo disfuncional. Posteriormente, ya dentro de lo funcional, encontramos a enfermeros, fisioterapeutas, médicos, trabajadores sociales. Por último, los psicólogos son los profesionales sociosanitarios que tienen menos pensamientos disfuncionales de este tipo.



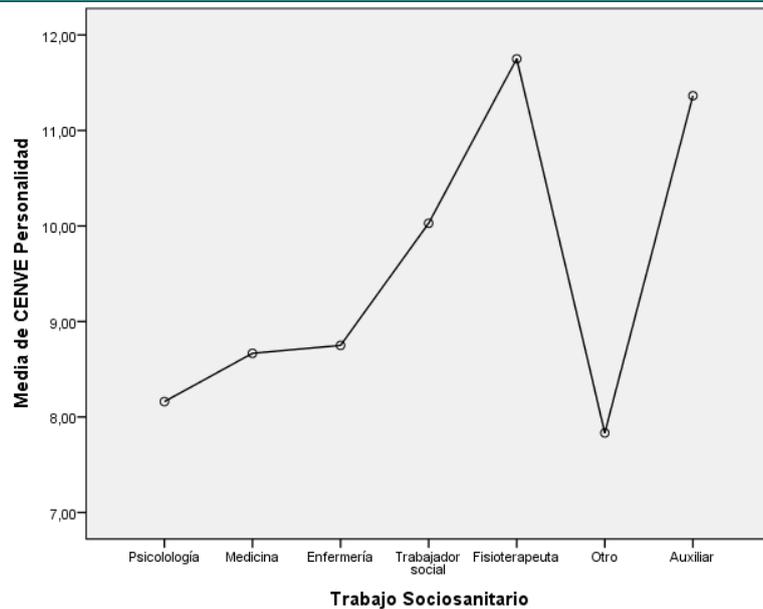
c.2. Pensamientos disfuncionales totales ($F=2,994$; $p<0,01$)

Nuevamente, encontramos que los profesionales sociosanitarios que tienen **más pensamientos disfuncionales totales son los auxiliares con puntuaciones muy elevadas**. El resto de profesionales tiene puntuaciones bajas como se puede ver en el gráfico.



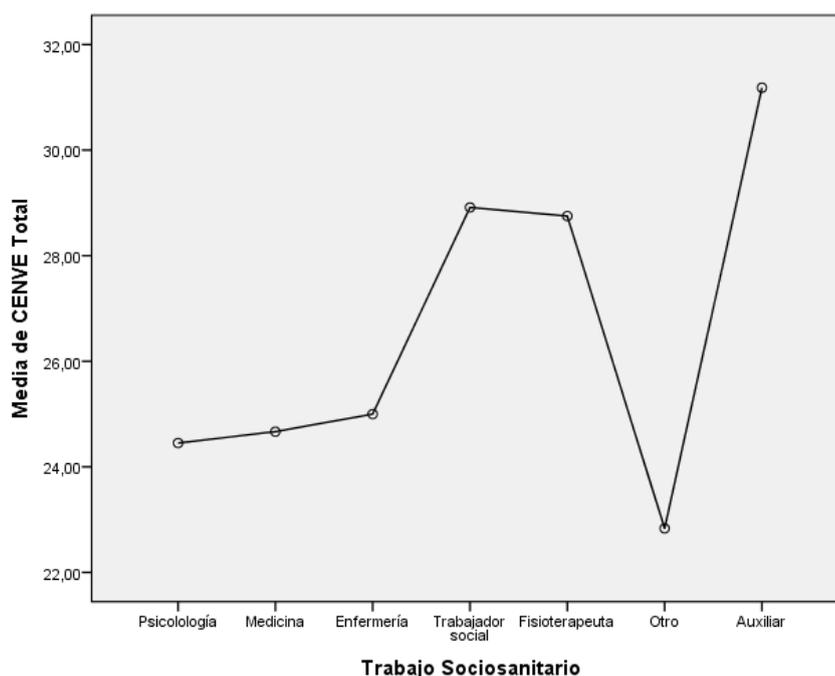
c.3. Estereotipos negativos hacia personas mayores de personalidad ($F=4,311$; $p<0,001$)

Los profesionales que mostraron mayores estereotipos negativos acerca de la personalidad de las personas mayores (ej: son cascarrabias) fueron los fisioterapeutas seguido de los auxiliares y trabajadores sociales. En cambio, los psicólogos, médicos y enfermeros mostraron puntuaciones significativamente inferiores.



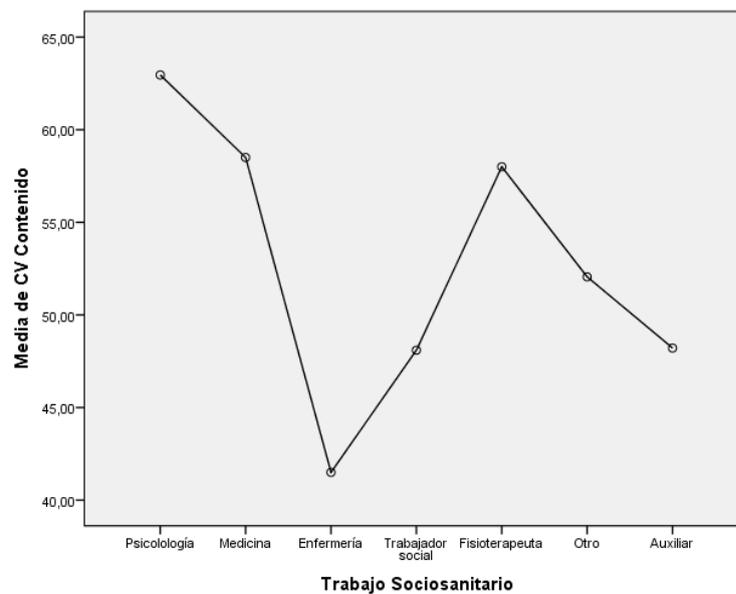
c.4. Estereotipos negativos hacia personas mayores totales ($F=2,702$; $p<0,01$)

Al igual que con anterioridad, los auxiliares, fisioterapeutas y trabajadores sociales muestran estereotipos hacia las personas mayores (puntuaciones totales) muy elevados. En cambio, los psicólogos, médicos y enfermeros mostraron puntuaciones significativamente inferiores.



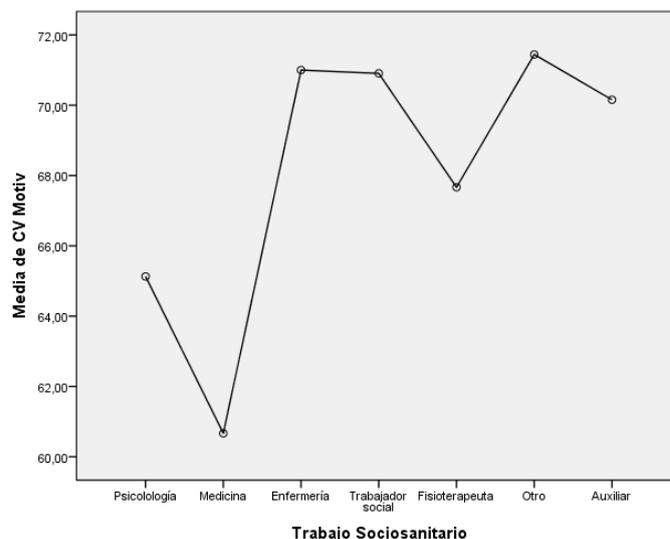
c.5. Calidad de vida profesional (contenido trabajo) ($F=2,384$; $p<0,05$)

Los profesionales más satisfechos con el contenido de su trabajo son los psicólogos, seguido de médicos y fisioterapeutas. En cambio, los que muestran menor satisfacción son los enfermeros, seguido de trabajadores sociales y auxiliares.



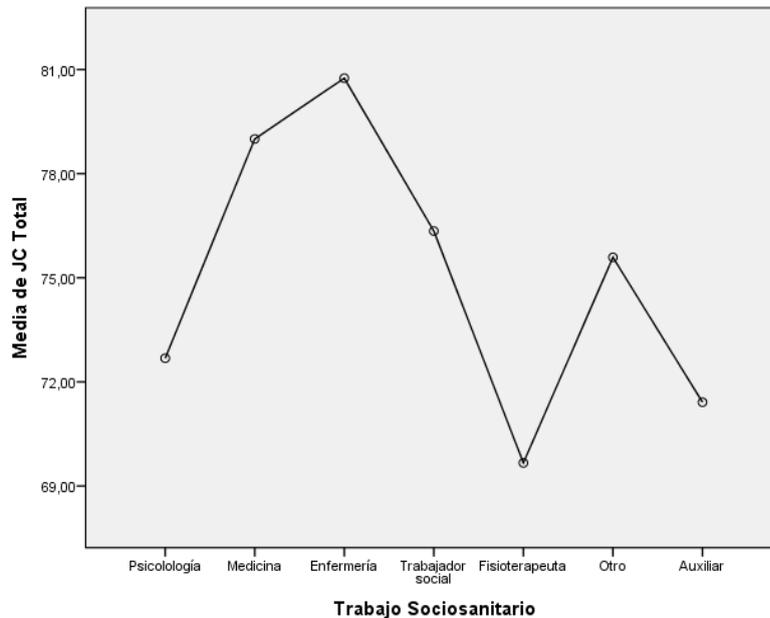
c.6. Calidad de vida profesional (motivación trabajo) ($F=2,407$; $p<0,05$)

Los profesionales con mayor motivación son los enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares. En cambio, los médicos, psicólogos son los que puntúan más bajo.



c.7. Estrés Laboral ($F=2,345$; $p<0,05$)

Los profesionales con mayores niveles de estrés laboral son (en orden), enfermeros, médicos, otros (entre los que se incluye dirección de residencias) y auxiliares.



En la siguiente tabla 33. se resumen los resultados encontrados:

Sexo	Edad	Experiencia	Profesión sociosanitaria
Mujeres tienen mayor motivación por su trabajo	No influye en resultados	Personas con más experiencia profesional tienen menos pensamientos disfuncionales de entrega-aislamiento y autoexigencia emocional-responsabilidad	Pensamientos disfuncionales mayores en auxiliares tanto totales como de exigencia emocional-responsabilidad
Mujeres más de acuerdo con que los hombres deben tener mayor presencia en el ámbito público y social		Personas con más experiencia profesional tienen menos estereotipos hacia las personas mayores acerca de la salud, personalidad y motivación	Estereotipos negativos hacia las personas mayores de personalidad y totales superiores en fisioterapeutas, auxiliares y trabajadores sociales
		Personas con más experiencia profesional tienen menos estrés laboral (menos malestar asociado al contenido del trabajo y más motivación)	Más satisfacción con el contenido del trabajo en médicos y psicólogos Más motivación laboral en enfermería, trabajo social y auxiliares
			Calidad de vida (motivación)
			Más estrés laboral en médicos y enfermeros

4.3. RELACIÓN ENTRE VARIABLES

Para analizar la relación entre las variables objetivo se llevaron a cabo correlaciones de Pearson. Los resultados fueron los siguientes:

a) ACTITUDES FAVORABLES AL CUIDADO EQUILIBRADO

Las personas que tenían **ACTITUDES FAVORABLES HACIA UN CUIDADO EQUILIBRADO EN IGUALDAD DE GÉNERO** además puntuaron más alto en actitudes generales hacia el modelo de cuidado equilibrado ($r = ,861$; $p < ,001$), actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado donde haya un afrontamiento apropiado donde se fomenten los autocuidados y la conciliación ($r = ,621$; $p < ,001$) y realización personal ($r = ,338$; $p < ,001$). Por otra parte, mostraron menores niveles de pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ($r = -,423$; $p < ,001$), pensamientos disfuncionales relacionados con la entrega ($r = -,501$; $p < ,001$), pensamientos disfuncionales totales ($r = -,495$; $p < ,001$), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ($r = -,654$; $p < ,001$), y privado ($r = -,612$; $p < ,001$), estereotipos negativos hacia personas mayores de salud ($r = -,494$; $p < ,001$), estereotipos negativos hacia personas mayores de motivación-social ($r = -,396$; $p < ,001$), estereotipos negativos hacia personas mayores de personalidad-carácter ($r = -,478$; $p < ,001$) y estereotipos negativos hacia personas mayores de totales ($r = -,500$; $p < ,001$).

Las personas que tenían **ACTITUDES FAVORABLES HACIA UN CUIDADO EQUILIBRADO EN AFRONTAMIENTO APROPIADO BASADO EN AUTOCUIDADOS Y CONCILIACIÓN** además puntuaron más alto en actitudes generales hacia el modelo de cuidado equilibrado ($r = ,933$; $p < ,001$), actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado que fomente la igualdad de género ($r = ,621$; $p < ,001$) y realización personal ($r = ,316$; $p < ,01$). Por otra parte, mostraron menores niveles de pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ($r = -,642$; $p < ,001$), pensamientos disfuncionales relacionados con la entrega ($r = -,707$; $p < ,001$), pensamientos disfuncionales totales ($r = -,724$; $p < ,001$), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ($r = -,517$; $p < ,001$), y privado ($r = -,501$; $p < ,001$), estereotipos negativos hacia personas

mayores de salud ($r = -.524$; $p < .001$), estereotipos negativos hacia personas mayores de motivación-social ($r = -.459$; $p < .001$), estereotipos negativos hacia personas mayores de personalidad-carácter ($r = -.500$; $p < .001$) y estereotipos negativos hacia personas mayores de totales ($r = -.541$; $p < .001$) y burnout-despersonalización ($r = -.194$; $p < .05$).

Las personas que tenían **ACTITUDES FAVORABLES HACIA UN CUIDADO EQUILIBRADO TOTAL** además puntuaron más alto en actitudes generales hacia el modelo de cuidado equilibrado con un afrontamiento basado en autocuidados y conciliación ($r = .933$; $p < .001$) y actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado que fomente la igualdad de género ($r = .861$; $p < .001$) y realización personal ($r = .358$; $p < .001$). Por otra parte, mostraron menores niveles de pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ($r = -.610$; $p < .001$), pensamientos disfuncionales relacionados con la entrega ($r = -.688$; $p < .001$), pensamientos disfuncionales totales ($r = -.696$; $p < .001$), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ($r = -.635$; $p < .001$), y privado ($r = -.608$; $p < .001$), estereotipos negativos hacia personas mayores de salud ($r = -.537$; $p < .001$), estereotipos negativos hacia personas mayores de motivación-social ($r = -.479$; $p < .001$), estereotipos negativos hacia personas mayores de personalidad-carácter ($r = -.543$; $p < .001$) y estereotipos negativos hacia personas mayores de totales ($r = -.580$; $p < .001$) y burnout-agotamiento emocional ($r = -.358$; $p < .05$).

En la tabla 34 se puede ver de manera esquemática los resultados encontrados:

Tabla 34. Resumen resultados

A más Actitudes de Género hacia el Cuidado Equilibrado		A más Actitudes de Afrontamiento hacia los autocuidados y conciliación		A más Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	
Más	Menos	Más	Menos	Más	Menos
Actitudes de Afrontamiento hacia los autocuidados y conciliación	Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia	Actitudes de Afrontamiento hacia los autocuidados y Conciliación	Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia	Actitudes de Afrontamiento hacia los autocuidados y conciliación	Pensamientos Disfuncionales de Autoexigencia
Si aumentan Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Si aumentan Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Si aumentan Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega
Realización personal	Pensamientos Disfuncionales Totales	Realización personal	Pensamientos Disfuncionales Totales	Realización personal	Pensamientos Disfuncionales Totales
	Creencias en diferencias de género en el ámbito público		Creencias en diferencias de género en el ámbito público		Creencias en diferencias de género en el ámbito público
	Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		Creencias en diferencias de género en el ámbito privado
	Estereotipos hacia personas mayores de salud, personalidad, motivación y totales		Estereotipos hacia personas mayores de salud, personalidad, motivación y totales		Estereotipos hacia personas mayores de salud, personalidad, motivación y totales
			Burnout-Despersonalización		Burnout-Agotamiento emocional

b) PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES HACIA EL CUIDADO

Las personas que tenían PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES DE AUTOEXIGENCIA además puntuaron más alto en pensamientos disfuncionales relacionados con la entrega ($r = ,730$; $p < ,001$), pensamientos disfuncionales totales ($r = ,936$; $p < ,001$), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ($r = ,456$; $p < ,001$), y privado ($r = ,336$; $p < ,05$) y más estereotipos hacia personas mayores de salud ($r = ,589$; $p < ,001$), motivación ($r = ,475$; $p < ,001$), personalidad ($r = ,565$; $p < ,001$) y totales ($r = ,595$; $p < ,001$). En contraste, a más pensamientos disfuncionales se observaron menos actitudes generales hacia el

modelo de cuidado equilibrado ($r = -.610$; $p < .001$), actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado donde haya un afrontamiento apropiado donde se fomenten los autocuidados y la conciliación ($r = -.642$; $p < .001$) y actitudes a favor de la igualdad de género en los cuidados ($r = -.423$; $p < .001$).

Las personas que tenían PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES DE ENTREGA además puntuaron más alto en pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ($r = .730$; $p < .001$), pensamientos disfuncionales totales ($r = .924$; $p < .001$), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ($r = .404$; $p < .001$), y privado ($r = .563$; $p < .001$) más estereotipos hacia personas mayores de salud ($r = .532$; $p < .001$), motivación ($r = .473$; $p < .001$), personalidad ($r = .512$; $p < .001$) y totales ($r = .553$; $p < .001$). En contraste, a más pensamientos disfuncionales se observaron menos actitudes generales hacia el modelo de cuidado equilibrado ($r = -.688$; $p < .001$), actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado donde haya un afrontamiento apropiado donde se fomenten los autocuidados y la conciliación ($r = -.707$; $p < .001$), actitudes a favor de la igualdad de género en los cuidados ($r = -.501$; $p < .001$) y realización personal en el trabajo ($r = -.223$; $p < .001$).

Las personas que tenían PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES TOTALES además puntuaron más alto en pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia ($r = .936$; $p < .001$), pensamientos disfuncionales de entrega ($r = .924$; $p < .001$), creencias de que debería haber diferencias de género a nivel público ($r = .413$; $p < .001$), y privado ($r = .478$; $p < .001$) y más estereotipos hacia personas mayores de salud ($r = .604$; $p < .001$), motivación ($r = .510$; $p < .001$), personalidad ($r = .580$; $p < .001$) y totales ($r = .618$; $p < .001$). En contraste, a más pensamientos disfuncionales se observaron menos actitudes generales hacia el modelo de cuidado equilibrado ($r = -.696$; $p < .001$), actitudes favorables hacia un cuidado equilibrado donde haya un afrontamiento apropiado donde se fomenten los autocuidados y la conciliación ($r = -.724$; $p < .001$) y actitudes a favor de la igualdad de género en los cuidados ($r = -.495$; $p < .001$).

En la tabla 35 de la siguiente página se puede ver de manera esquemática los resultados encontrados:

El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

Tabla 35. Resumen resultados

A Mayores Pensamientos Disfuncionales de Auto-Exigencia		A mayores Pensamientos Disfuncionales de Entrega		A mayores Pensamientos Disfuncionales Totales	
Más	Menos	Más	Menos	Más	Menos
Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Actitudes De Cuidado Equilibrado Totales	Pensamientos Disfuncionales de Entrega	Actitudes de Cuidado Equilibrado Totales
Pensamientos Disfuncionales Totales	Actitudes de Cuidado Equilibrado Basado en Igualdad de Género	Pensamientos Disfuncionales Totales	Actitudes De Cuidado Equilibrado basado En igualdad De género	Pensamientos Disfuncionales Totales	Actitudes de Cuidado Equilibrado Basado en igualdad de Género
Creencias en diferencias de género en el ámbito público		Creencias en diferencias de género en el ámbito público	Realización personal	Creencias en diferencias de género en el ámbito público	
Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		Creencias en diferencias de género en el ámbito privado	
Estereotipos hacia personas mayores de salud, motivación, personalidad y totals		Estereotipos hacia personas mayores de salud, motivación, personalidad y totals		Estereotipos hacia personas mayores de salud, motivación, personalidad y totals	

c) CREENCIAS QUE APOYAN DIFERENCIAS DE GÉNERO

Las personas que muestran mayores niveles de CREENCIAS A FAVOR DE LA EXISTENCIA DE DIFERENCIAS DE GÉNERO A NIVEL PRIVADO además puntuaron más alto en creencias favorables a diferencias de género a nivel público ($r=,465$; $p<,001$), pensamientos disfuncionales de autoexigencia ($r=,336$; $p<,05$), pensamientos disfuncionales de entrega ($r=,563$; $p<,001$), pensamientos disfuncionales totales ($r=,478$; $p<,001$) y más estereotipos hacia personas mayores de salud ($r= ,406$; $p<,001$), motivación ($r= ,408$; $p<,001$), personalidad ($r= ,382$; $p<,001$) y totales ($r=,435$; $p<,001$). En contraste, se ha observado menos actitudes hacia un modelo de cuidado equilibrado en línea con la

igualdad de género ($r=-,612$; $p<,001$), afrontamiento que fomente el autocuidado y la conciliación ($r=-,501$; $p<,001$), y actitudes totales hacia un modelo de cuidado equilibrado ($r=-,608$; $p<,001$), motivación laboral ($r= -,254$; $p<,01$) y realización personal ($r= -,254$; $p<,01$) a mayores creencias de diferencia de género en el ámbito privado.

Las personas que muestran mayores niveles de CREENCIAS A FAVOR DE LA EXISTENCIA DE DIFERENCIAS DE GÉNERO A NIVEL PÚBLICO además puntuaron más alto en creencias favorables a diferencias de género a nivel privado ($r=,465$; $p<,001$), pensamientos disfuncionales de autoexigencia ($r=,456$; $p<,001$), pensamientos disfuncionales de entrega ($r=,404$; $p<,001$), pensamientos disfuncionales totales ($r=,413$; $p<,001$) y más estereotipos hacia personas mayores de salud ($r= ,604$; $p<,001$), motivación ($r= ,510$; $p<,001$), personalidad ($r= ,580$; $p<,001$) y totales ($r= ,618$; $p<,001$).. En contraste, se han observado menos actitudes hacia un modelo de cuidado equilibrado en línea con la igualdad de género ($r=-,654$; $p<,001$), afrontamiento que fomente el autocuidado y la conciliación ($r=-,517$; $p<,01$), y actitudes totales hacia un modelo de cuidado equilibrado ($r=-,635$; $p<,001$), satisfacción con el contenido de trabajo ($r=-,254$; $p<,01$) y motivación laboral ($r=-,351$; $p<,01$), a mayores creencias de diferencia de género en el ámbito privado.

El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

En la tabla 36 se muestran los resultados obtenidos:

Tabla 36. Resumen resultados actitudes de diferencias de género

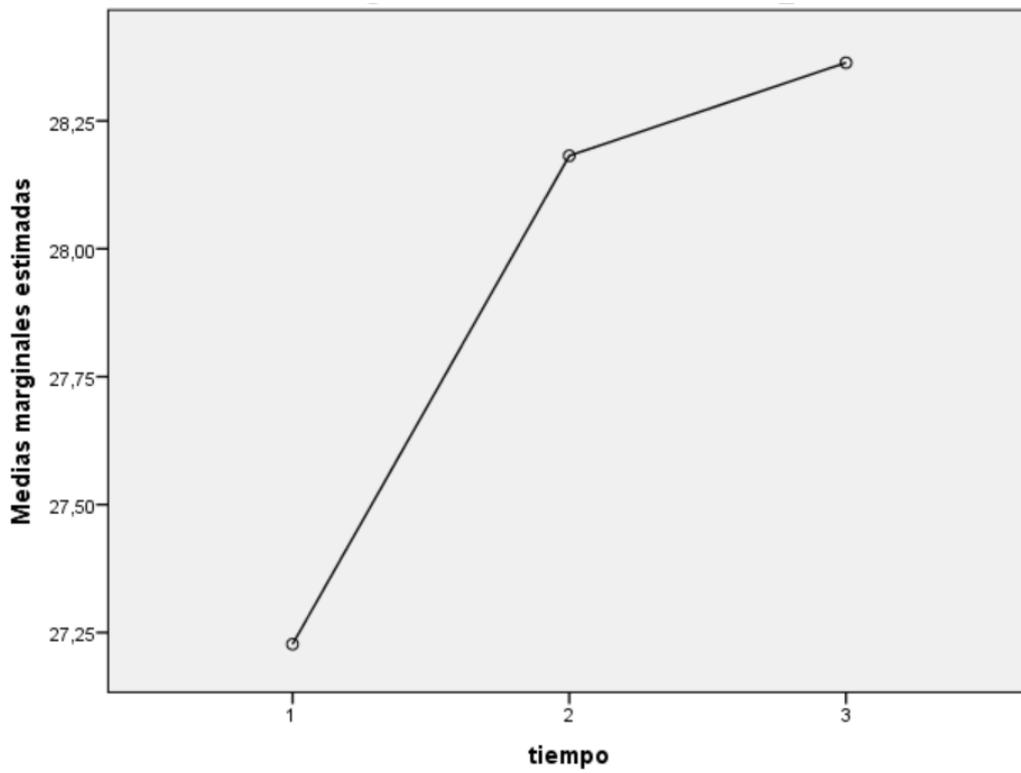
A más Creencias en diferencias de género en el ámbito privado		A más Creencias en diferencias de género en el ámbito público	
Más	Menos	Más	Menos
Creencias en diferencias de género en el ámbito público	Actitudes de Cuidado Equilibrado hacia un afrontamiento apropiado que fomente los autocuidados y la conciliación	Creencias en diferencias de género en el ámbito público	Actitudes de Cuidado Equilibrado hacia un afrontamiento apropiado que fomente los autocuidados y la conciliación
Pensamientos disfuncionales de autoexigencia	Actitudes de Cuidado Equilibrado en igualdad de género	Pensamiento disfuncional de autoexigencia	Actitudes de Cuidado Equilibrado en igualdad de género
Pensamientos disfuncionales de entrega	Actitudes de Cuidado Equilibrado Total	Pensamientos disfuncionales de entrega	Actitudes de Cuidado Equilibrado Total
Pensamientos disfuncionales totales	Motivación Laboral (calidad de vida profesional)	Pensamientos disfuncionales totales	Motivación Laboral y satisfacción con el contenido del trabajo (calidad de vida profesional)
Estereotipos negativos hacia personas mayores de salud, personalidad, motivación y totales	Realización personal	Estereotipos negativos hacia personas mayores de salud, personalidad, motivación y totales	

5. VALORACIÓN POST-INTERVENCIÓN

Para valorar la eficacia de la intervención se llevaron a cabo **ANOVAS medidas repetidas** con una muestra formada por 47 personas que habían contestado a la evaluación en dos tiempos (1= pre-intervención y 2= post-intervención) y 23 personas que contestaron en tres tiempos (1= pre-intervención y 2= post-intervención 3=seguimiento al mes de iniciar la intervención). Los resultados encontrados se muestran a continuación:

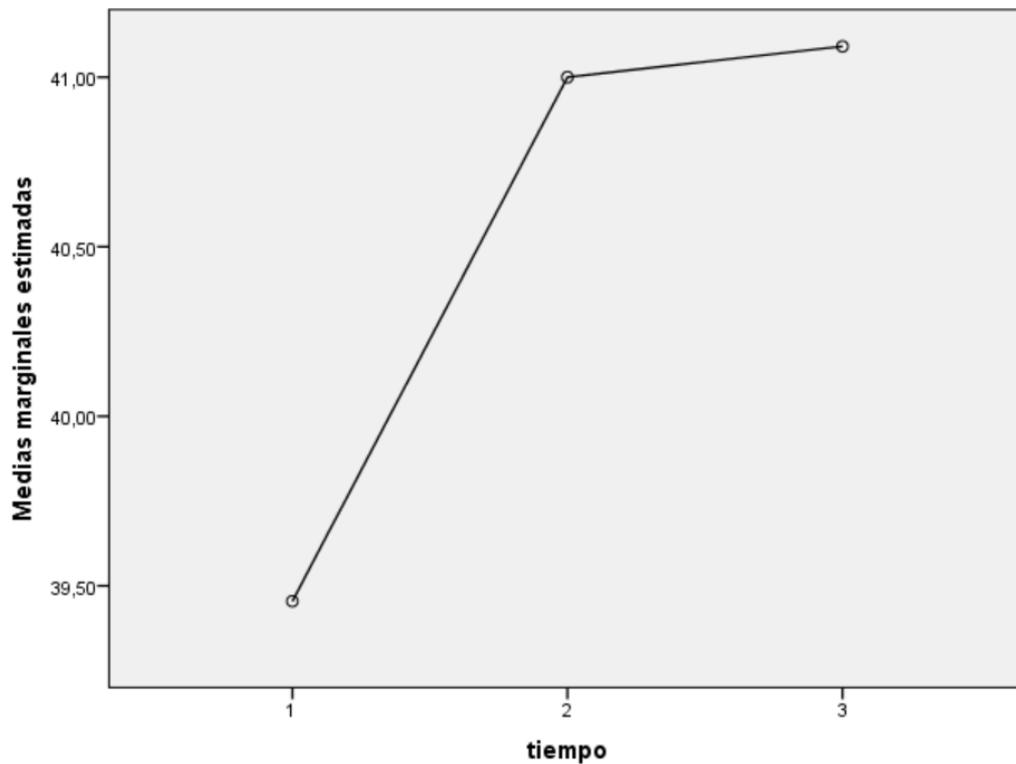
a) Actitudes favorables al cuidado equilibrado

Los resultados muestran una **mejoría significativa** de las **actitudes hacia el cuidado equilibrado de género** ($F= 4,118$; $p<,05$; $\eta^2=,164$), pasando de 27,23 puntos en el primer tiempo previo a la intervención (DT= 2,77), a 28,18 después de la intervención (DT=2,77) a 28,36 al mes de haber realizado la intervención (DT=3,01). Como se puede ver, no solo las puntuaciones han mejorado tras la intervención, sino que se han mantenido esos cambios en el seguimiento.

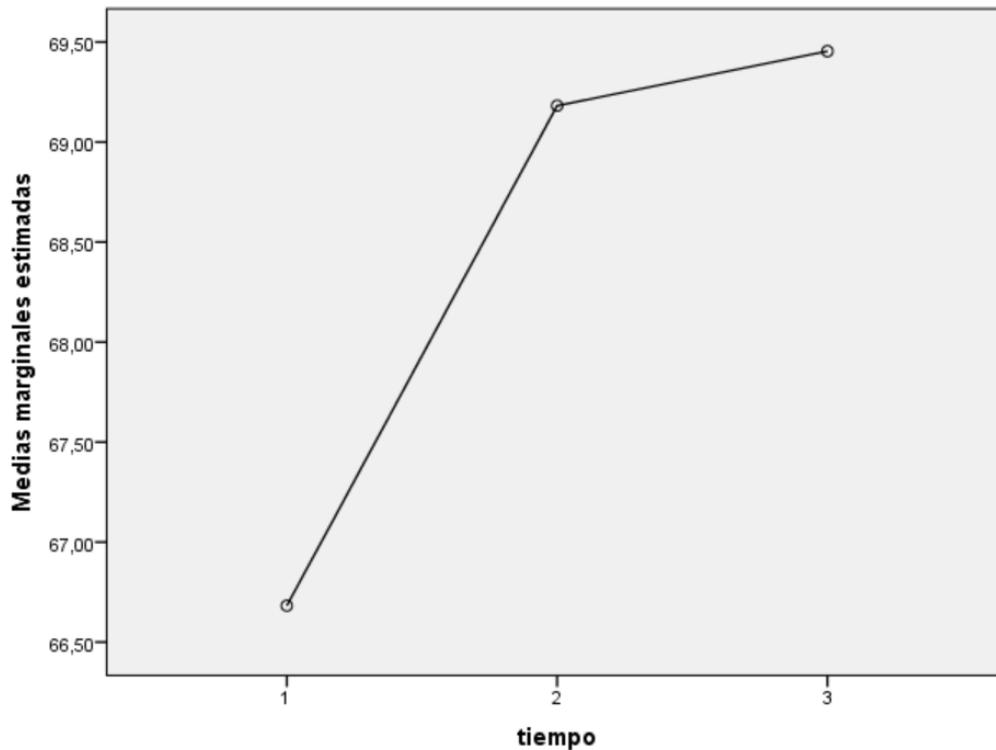


Asimismo, se ha observado una **mejoría** de las **actitudes hacia el cuidado equilibrado de afrontamiento apropiado** sin llegar a ser significativas aunque sí se observa una **tendencia a la significación** ($F=2,750$; $p<,075$; $\eta^2=,116$), pasando de 39,45 puntos en el primer tiempo previo a la intervención (DT= 5,08), a 41,00 después de la intervención (DT=5,36) a 41,09 al mes de haber realizado la intervención (DT=5,32). Posteriormente, se ha hecho una t-student de muestras relacionadas y los resultados muestran diferencias significativas entre las medidas pre-intervención y post-intervención ($t=-1,994$; $p<,05$). Como se puede ver, las puntuaciones mejoran significativamente tras la intervención y se mantienen esos cambios en el seguimiento.

El Cuidado equilibrado como modelo integrador en la atención a la dependencia: Posibilidad y desarrollo

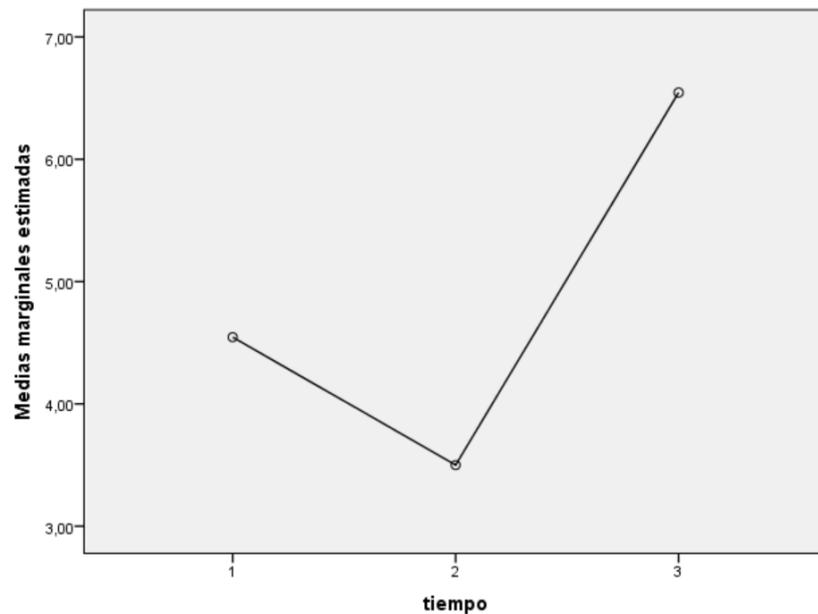


Por último, los resultados reflejan una **mejoría significativa** de las **actitudes hacia el cuidado equilibrado de afrontamiento apropiado** ($F= 4,612$; $p<,05$; $\eta^2=,180$), pasando de 66,68 puntos en el primer tiempo previo a la intervención (DT= 1,44), a 69,18 después de la intervención (DT=1,58) a 69,45 al mes de haber realizado la intervención (DT=1, 69). Como se puede ver nuevamente, no solo las puntuaciones mejoran significativamente tras la intervención, sino que se mantienen esos cambios en el seguimiento.

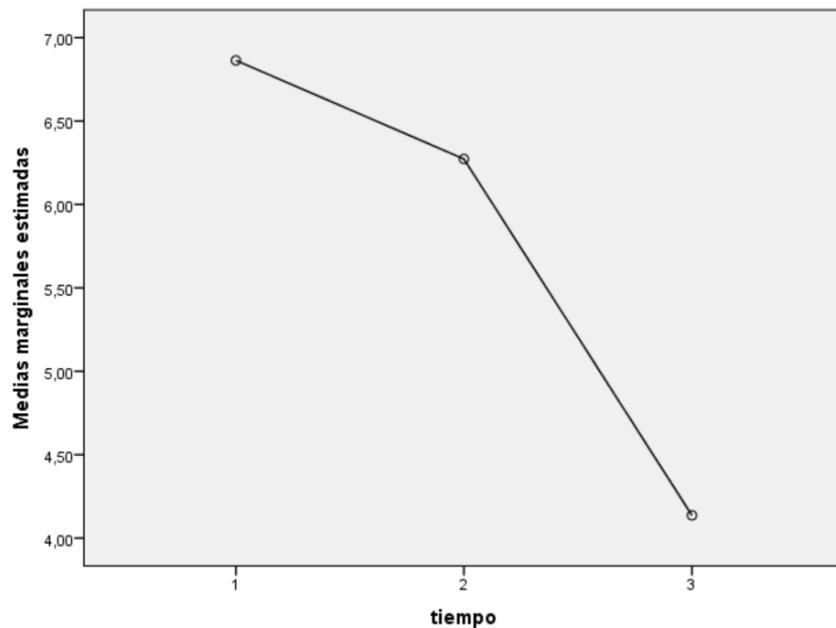


b) Pensamientos disfuncionales acerca del cuidado

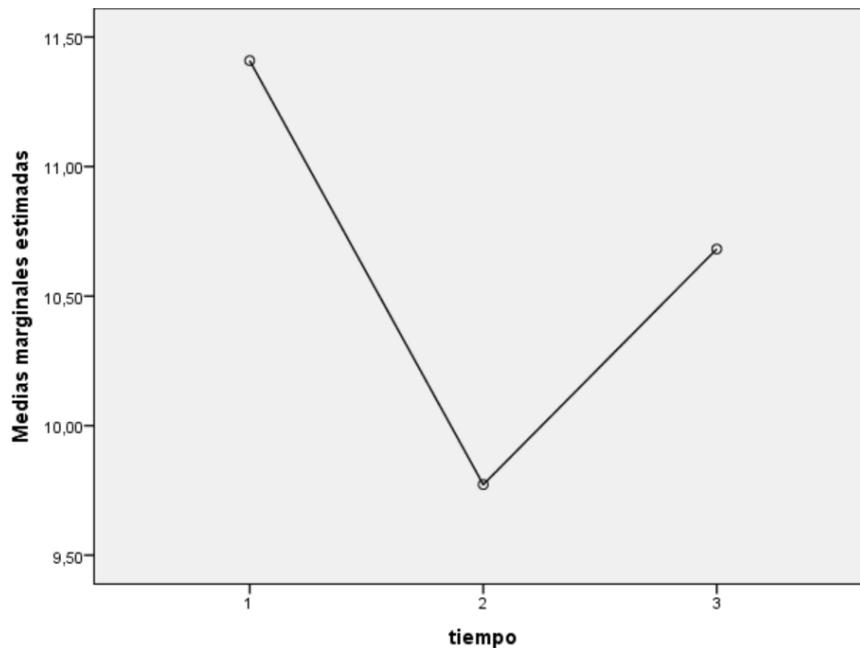
Respecto a los **pensamientos disfuncionales de entrega-aislamiento** se observan diferencias significativas en los tres tiempos ($F= 4,612$; $p<,05$; $\eta^2=,180$). No obstante, ocurre un fenómeno curioso ya que tras la intervención las puntuaciones bajan de 4,54 puntos en el primer tiempo (DT= 5,36), a 3,5 después de la intervención (DT=5,36) lo cual indicaría la eficacia de la intervención. Sin embargo, en el seguimiento se observa de nuevo una subida de los pensamientos disfuncionales alcanzando una media de 6,55 al mes de haber realizado la intervención (DT=6,14). En cualquier caso, tanto el punto de partida como el final se encuentra dentro de niveles bajos de pensamientos disfuncionales y la subida de las puntuaciones en el seguimiento se ha podido observar que se asocian con la subida de un participante, mientras que los otros no han sufrido cambios a nivel de seguimiento.



Por su parte, los **pensamientos disfuncionales de autoexigencia emocional-responsabilidad** disminuyen tras la intervención, sin embargo, esta disminución no es significativa ($F= 1,306$; $p>,05$; $\eta^2=,116$). Respecto a las puntuaciones medias, pasan de 6,86 puntos en el primer tiempo (DT= 4,94), a 6,27 después de la intervención (DT=6,13) y, posteriormente, se observa una bajada de los pensamientos disfuncionales en el seguimiento alcanzando los 4,13 puntos (DT=6,93). En cualquier caso, tanto el punto de partida como el final se encuentra dentro de niveles bajos de pensamientos disfuncionales.

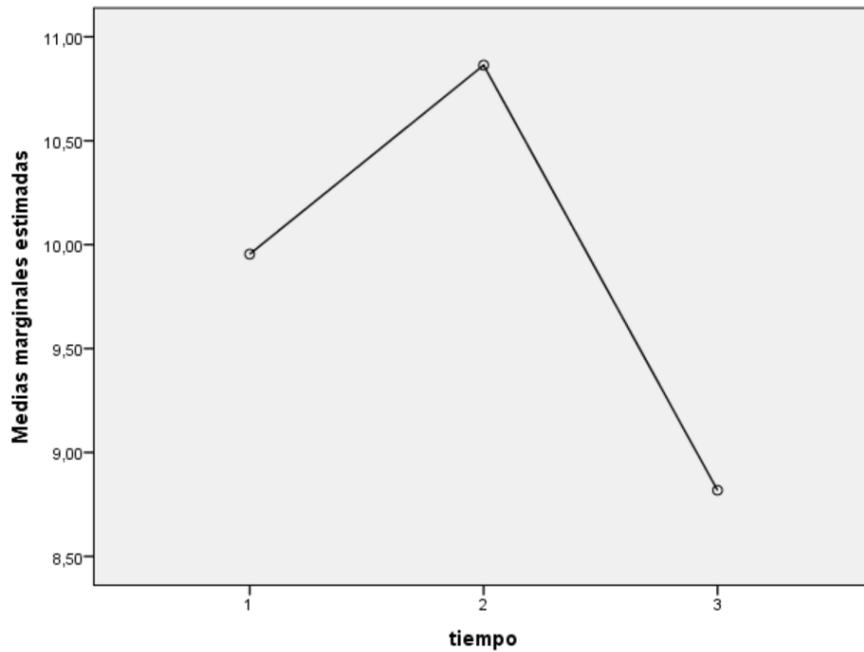


Por último, tampoco se han observado diferencias significativas en los **pensamientos disfuncionales totales** ($F= ,459$; $p>,05$; $\eta^2=,021$). Sin embargo, es de destacar que nuevamente las puntuaciones de los pensamientos disfuncionales son bajas, por lo que hay poco margen de cambio. Respecto a las puntuaciones medias, pasan de 11,41 puntos en el primer tiempo (DT= 8,94), a 9,77 después de la intervención (DT=10,47) y, posteriormente, se observa una ligera subida, aunque no significativa, de los pensamientos disfuncionales en el seguimiento alcanzando los 10,68 puntos (DT=12,26).

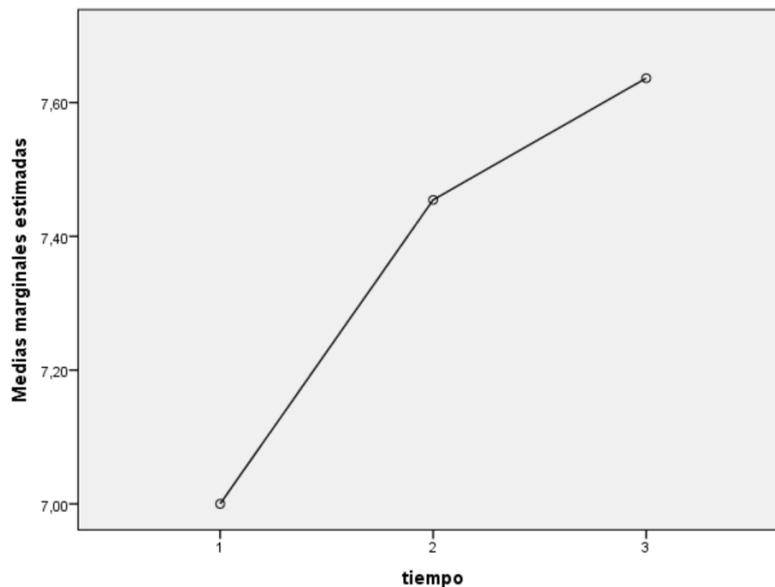


c) Actitudes de diferencia de género

Los resultados no muestran diferencias en las **actitudes de diferencias de género público** ($F= 2,020$; $p<,05$; $\eta^2=,088$), pasando de 9,95 puntos en el primer tiempo previo a la intervención (DT= 6,29), a subir muy ligeramente hasta alcanzar los 10,86 puntos después de la intervención (DT=7,65) y, posteriormente, experimenta una bajada a 8,81 al mes de haber realizado la intervención (DT=7,28).



Por último, tampoco se observan diferencias significativas en las **actitudes de diferencias de género privado** ($F= 2,020$; $p<,05$; $\eta^2=,088$), pasando de 7,00 puntos en el primer tiempo ($DT= 4,16$), a 7,45 puntos después de la intervención ($DT=4,05$) y 7,63 al mes de haber realizado la intervención ($DT=7,16$). Mencionar de nuevo que las puntuaciones en esta escala se encontraban dentro de niveles bajos y, por tanto, no era un área problemática en la muestra evaluada.



RESUMEN RESULTADOS INTERVENCIÓN

De acuerdo a lo esperado, **los resultados reflejan que se han producido mejorías significativas en las actitudes a favor de un modelo de cuidado equilibrado**, el cual no solo defiende un afrontamiento apropiado el cuidado (conciliación, cuidado responsable y autocuidados) sino también que estos cuidados tengan en cuenta un trato igualitario en hombres y mujeres (género).

Otros elementos no han sufrido modificaciones como son los pensamientos disfuncionales hacia el cuidado o las actitudes de género más general que afectan al ámbito público y privado de las relaciones. No obstante, este no era el objetivo de la intervención y, por tanto, aunque sean variables que pueden tener relación, la no modificación de estas no implicaría en ningún momento que la intervención no haya sido eficaz. Puesto que, como se ha dicho con anterioridad, el objetivo de esta intervención era promocionar actitudes en línea con el cuidado equilibrado (ver tabla 37).

Tabla 37. Resumen resultados intervención con profesionales sociosanitarios

Resumen resultados intervención	
Actitudes a favor del cuidado equilibrado relacionadas con el género	Mejoran significativamente tanto a corto como a largo plazo
Actitudes a favor del cuidado equilibrado relacionadas con el afrontamiento apropiado	Mejoran mostrando una tendencia a la significación tanto a corto como a largo plazo
Actitudes a favor del cuidado equilibrado totales	Mejoran significativamente tanto a corto como a largo plazo
Pensamientos disfuncionales de entrega-aislamiento	No se modifican
Pensamientos disfuncionales de autoexigencia-emocional responsabilidad	No se modifican
Pensamientos disfuncionales totales	No se modifican
Actitudes que apoyan diferencias de género a nivel público (no solo en cuidado)	No se modifican
Actitudes que apoyan diferencias de género a nivel privado (no solo en cuidado)	No se modifican

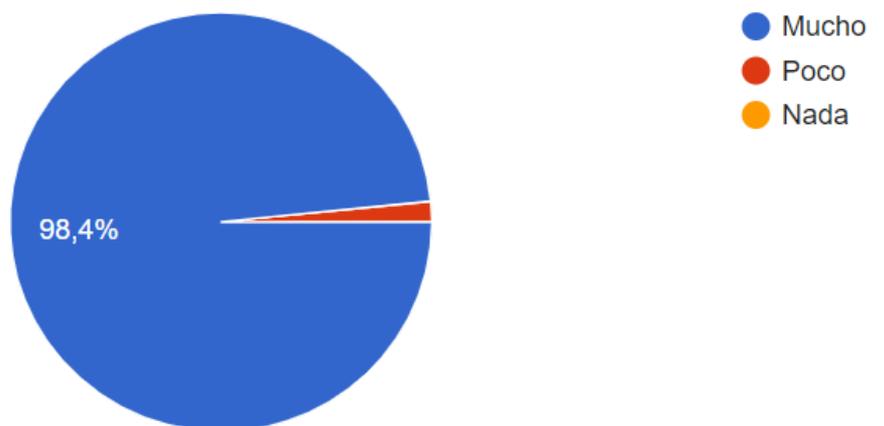
6. VALORACIÓN DEL PROGRAMA. CUESTIONARIO SATISFACCIÓN

Una vez finalizada la intervención, se administró a los participantes un cuestionario con ítems acerca de la satisfacción con el programa. A continuación, se reflejan los resultados obtenidos.

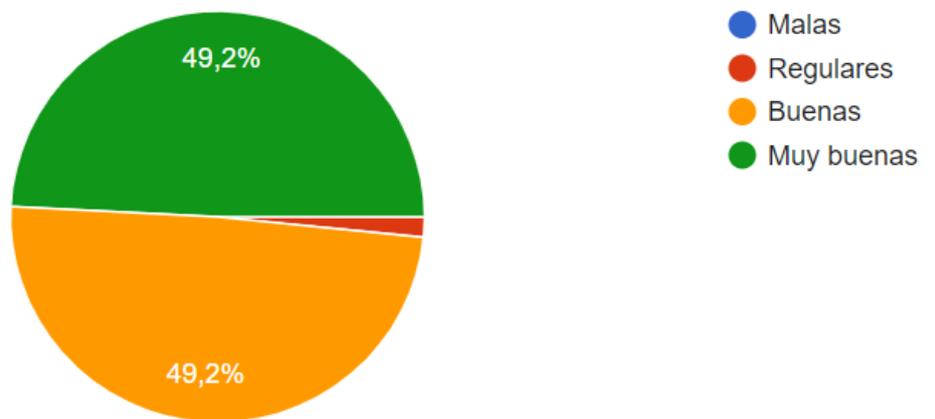
Ítem 1. Los temas y contenidos del curso te han parecido



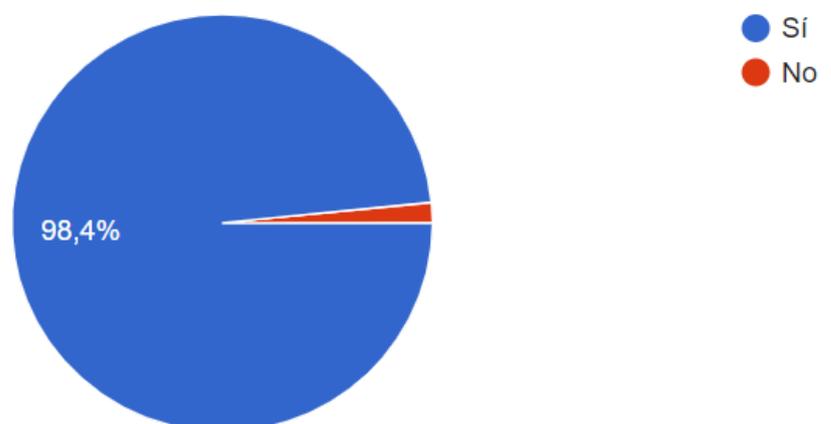
Ítem 2. Los contenidos pueden ser útiles para un profesional que trabaje con familiares, allegados y cuidadores de personas mayores en situación en dependencia



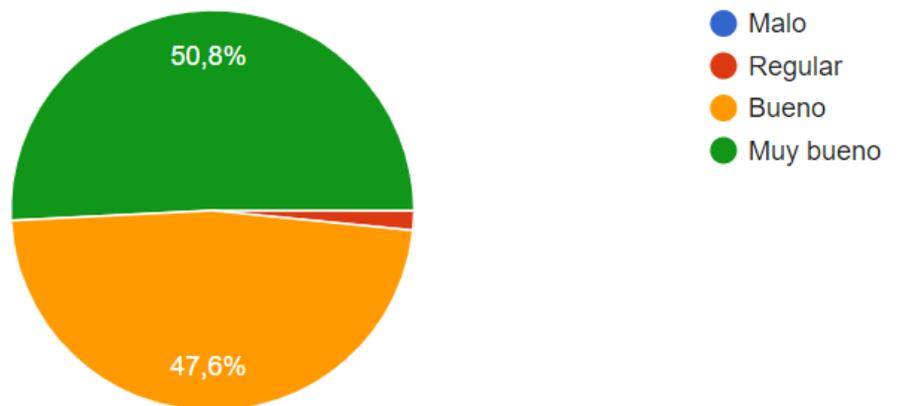
Ítem 3. Las explicaciones y exposiciones visuales han sido



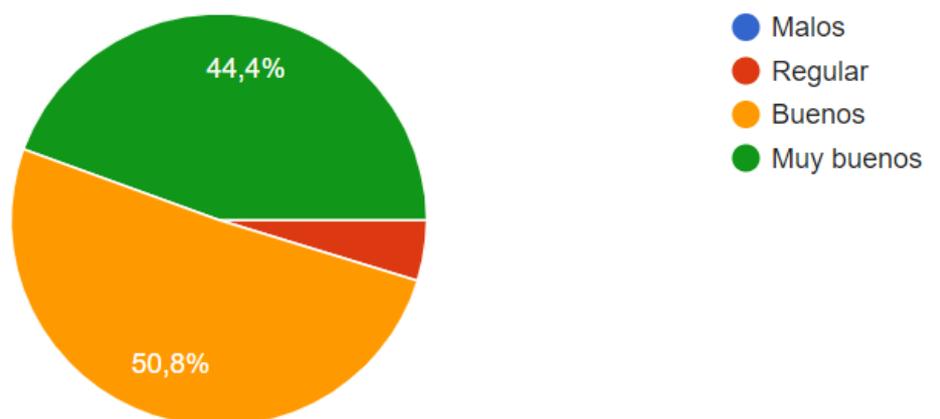
Ítem 4. ¿Te ha resultado fácil comprender los contenidos?



Ítem 5. El contenido de apoyo del curso te ha resultado



Ítem 6. Los juegos sobre los contenidos te han resultado



ítem 7. ¿Cómo valorarías la formación de 0 a 10?

La nota media obtenida es un 8,7. Esto implica una alta valoración de la formación recibida por parte de los profesionales sociosanitarios

Item 8. Comentarios/ Sugerencias

- "Me han parecido temas muy interesantes, me hubiera gustado que los juegos del final fueran más amplios para comprobar bien que he aprendido los contenidos. Gracias."
- "De calidad."
- "Me ha gustado mucho la formación, una pena que fuera vía Online, pero por el Covid es lo que toca... Se agradecen las imágenes y vídeos!! Me ha encantado y le doy un 9 solo por la presencialidad."
- "Muchas gracias, por saber que se preocupa por las personas mayores e investigue para así dar una mejor calidad de vida, juntos podemos aportar en nuestra labor de trabajo, con respecto, eficacia, tanto en instituciones y domicilio donde ellos se encuentren."
- "Me ha gustado el material ofrecido y sobre todo los dos talleres dónde, de una forma muy dinámica y colaborativa se han tratado temas importantes para poder desarrollar cada uno en su lugar de trabajo."
- "TENEMOS QUE SEGUIR TRABAJANDO Y MEJORANDO!!!! MUCHAS GRACIAS
- "Hace mucha falta implicar a muchos profesionales."
- "Hay que avanzar sobre todo que no se olvide con el covid. Enhorabuena por esfuerzo

7. LIMITACIONES

- 1) Estudio realizado en el **contexto de la Covid-19**: El estudio se realizó durante la pandemia de la Covid-19, lo que posiblemente haya incorporado algunos sesgos. Por una parte los perfiles profesionales objeto de estudio e intervención estaban dentro de los considerados "trabajadores esenciales" coincidiendo la formación con la segunda y tercera ola de la pandemia en España. Los profesionales en activo

participantes presentan un valor añadido, son profesionales con experiencia, con vocación y predisposición a recibir formación, han realizado un sobreesfuerzo por ampliar sus conocimientos en la atención a familiares cuidadores. Esto podría suponer que las necesidades de formación en este colectivo en general sean aún de mayor calado que las reflejadas en los resultados. Por otra parte ante el alto impacto de mortalidad de la covid-19 en residencias de personas mayores y el tratamiento mediático de esta realidad, han podido potenciar tendencias sociales contrarias a la organización de un "cuidado equilibrado", como por ejemplo la de aumentar la desconfianza en la externalización de servicios en la atención a personas mayores en situación de dependencia.

- 2) **Intervención online:** Destacar que la intervención estaba pensada para ser realizada de manera presencial con el beneficio que aporta el contacto directo con los participantes cómo por el enriquecimiento que aporta el intercambio profesional y en sí mismo el trabajo en grupo. El proyecto se tuvo de adaptarse al formato online (portal PICE) en tiempo récord ya que la presencialidad era inviable. Es de suponer por tanto, que de haberse podido realizar la intervención en formato presencial pudieran haberse obtenido mayores niveles de eficacia, garantizando además, que los/as participantes completaran todo el itinerario formativo.

- 3) **Infrarepresentación de profesionales de centros sanitarios:** Sería de interés haber contado con mayor número de participantes del ámbito sanitario, pues los profesionales de salud son fundamentales en la prevención y promoción de la salud en personas cuidadoras. Profesionales de la medicina y de la enfermería mantienen un contacto frecuente y continuo durante todo el proceso de cuidado, interviniendo desde el inicio del cuidado, cuando las dinámicas del cuidado y familiares todavía no están instauradas. Son los profesionales de centros de atención primaria, de centros de especialidades y de hospitales. Destacar que en muchas ocasiones sus opiniones cuentan con un valor añadido, generando corrientes de opinión, favoreciendo conductas, cuentan con el beneficio del poder de la "bata blanca".

La intervención ha sido diseñada desde la experiencia siguiendo **criterios de buena praxis:**

- A) Planificación de la intervención -formación
- B) Análisis de necesidades-Objetivos y contenidos
- C) Metodología que incluye diversos recursos didácticos online:
 1. Exposición audio visual distribuida por bloques formativos en píldoras formativas, que pueden ser revisualizadas.
 2. Archivos de presentaciones - diapositivas descargables
 3. Gamificación de la formación: Incorporación de Juegos sobre conceptos básicos
 4. Seminarios directos grabados y colgados en red
 5. Documentación investigación y guías descargables
- D) Investigación asociada -Evaluación de la intervención-formación (pre-intervención ,post-intervención y de seguimiento)

8. ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LAS ACCIONES FUTURAS:

En las páginas siguientes se describe pormenorizadamente el programa y los resultados derivados de la intervención que abalan su eficacia. Se recomienda realizar una lectura reflexiva sobre todo en aquellos items concretos contrarios al modelo de cuidado equilibrado, preguntándose qué consecuencias puede tener en las personas cuidadoras la relación con un profesional salud o servicios sociales que mantiene esos sesgos u opiniones contrarias al modelo de cuidado equilibrado.

Destacar la detección de necesidades de formación en todos los perfiles profesionales sociosanitarios, sanitarios. Los resultados brindan la oportunidad de realizar nuevas intervenciones, sugiriendo que los responsables de elaborar políticas y los gestores de presupuestos, valoren la posibilidad de incorporar este tipo de contenido curricular en los programas pregrado, postgrado, así como en la formación profesional y en la formación continua orientada a la capacitación profesional, con objetivos de desarrollo, actualización y

puesta al día.

La intervención online ha demostrado ser eficaz, siendo un recurso eficiente y accesible. No obstante, se considera que mejoraría su eficacia si se pudiera complementar con intervenciones presenciales.

Como recomendación final sería adecuado cara a diseñar programas de intervención futuros complementar reforzar la intervención con contenidos que favorezcan la disminución de los sesgos detectados en los profesionales sociosanitarios incluyendo los dirigidos a disminuir pensamientos disfuncionales a cerca del cuidado.

El patriarcado/heteropatriarcado tiene raíces profundas difíciles de modificar rápidamente, de ahí la resistencia encontrada cara a modificar algunos aspectos de género en la sociedad y que requerirían del diseño de estrategias complementarias para favorecer progresivamente el cambio, como pudieran ser el diseño de campañas de sensibilización social. Destacar pese a la dificultad de modificación de estos aspectos el éxito del programa en esta materia obteniendo cambios significativos en escala de actitudes del cuidado equilibrado, reflejados en la subescala de género en cuidado.

Queda evidentemente mucho camino por recorrer. Animar a todo profesional sociosanitario a poner en práctica los aspectos abordados en esta intervención. Animar a las entidades públicas y privadas a favorecer programas de prevención y promoción de la salud en familiares cuidadores desde el "Modelo de Cuidado Equilibrado". Si cada persona individual y organización desde su responsabilidad aporta su buen hacer, estaremos entre todos/as desarrollando una sociedad de los cuidados más equilibrada, con mayores niveles de compromiso, justicia e igualdad. Habremos logrado hacer realidad el cambio de paradigma en el cuidado.

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.
- Karasek, R.A. (1985). *Job Content Questionnaire and user's guide*. University of Southern California, Department of Industrial and Systems Engineering.
- Martín, J., Cortés, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 129-136.
- 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.J, & Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: Instituto de Mayores y servicios sociales (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.

- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach burnout inventory*. CPP, Incorporated.
- Mena, M. J., Sánchez, C., & Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 15(4), 212-220.
- Ortiz, M.D. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención psicosocial*, 16(1), 93-105.
- Ortiz, M. D., & Martínez, T. (2013). *Manual Cuidarela*. Madrid: Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España.
- Ortiz, M. D., & Martínez, T., Noriega, C., López, J. (2019). *Validación de una escala y desarrollo de un programa piloto para un cuidado equilibrado*. UDP-USP CEU.
- Rodríguez, P., Mateo, A. y Sancho, M. (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles*. Madrid: IMSERSO.
- Sola, A., Benlloch, M.I, Meliá, J.L. (2003). El cuestionario de actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG): elaboración y estudio psicométrico. *Anuario de Psicología*, 34,101-123.

